

介護保険 要介護/要支援/要介護更新/要支援更新/要介護・要支援区分変更

□新規 □更新 □要介護・要支援状態区分変更 □新規(要支援者の要介護への

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

記入例

年 月 日

(宛先)

秦野市長

窓口に来た人(申請者本人の場合は記載不要)			
氏名	秦野花子	申請者との関係	長女
住所	秦野市〇〇〇	電話	0463 (82)〇〇〇〇

次のとおり申請します

(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設

認定を受けようとする方の「介護保険被保険者証」「医療保険証」「マイナンバーカード」と窓口に来る方の本人確認書類(免許証等)をご持参ください。

介護保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
医療保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 秦野市国保 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無																							
医療保険被保険者証	保険者名	認定を受けようとする方の加入している医療保険について、ご記入ください。																						
氏名	ふりがな	はだの たろう	性別	男・女																				
	氏名	秦野太郎		生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日																			
住所	秦野市桜町〇丁目																							
	※上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input checked="" type="checkbox"/> 居住していない 電話 ()																							
上記住所に居住していない場合	入院・入所先の住所等、または居住地住所	住所 秦野市〇〇 電話 0463 (●●) × × × ×																						
	施設名	〇〇病院		病棟 2 階 201号室																				
	入院(入所)予定期間 令和●年●月●日～令和▲年▲月▲日																							
前回又は現在の要介護認定結果等 ※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入																								
要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2																
有効期間	令和●年●月●日											～令和▲年▲月▲日												
区分変更申請の理由																								
主治医	医療機関名	◇◇◇病院										診療科	脳神経外科											
	所在地	秦野市◇◇町●番〇号										医師名	丹沢 太郎											
電話 ()																								
14日以内に他自治体から転入した方																								
転出元市町村名【 】																								
現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい いいえ																								
(すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。 ↓ 申請日 年 月 日																								
第2号被保険者の方(40～64歳)	特定疾病名	40～64歳の方は必ず記入してください。申請時は医療保険証をご持参ください。																						

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び診療のために必要があることは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定書本件への判断結果、音目及び主治医音目書を、秦野市から地域高齢者支援センターへ送付いたします。ここに署名欄です。必ず手書きで記入してください。本人が署名できない場合は、ご家族の方が代筆してください。

被保険者氏名

秦野太郎

代筆者氏名

秦野花子