

# 介護保険要介護・要支援認定 申請書（新規・更新・変更・転入）

（ 1号被保険者・2号被保険者・その他

認定結果の送付先を選んでください。

申請年月日 年 月 日

石垣市長様 次のとおり申請します。

- ①申請者(認定を受ける方)
- ②提出者(記入者)

結果送付先： ① ②

①申請者 (認定を受ける方)	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
	フリガナ			
	氏名	本人氏名	生年月日	明・大・昭 ○○年○○月○○日
	住所	〒 ○○○-○○○ 本人住所(住民票上の住所)	性別	○男・女
	前回の要介護認定の結果(更新の方のみ)	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	○年○○月○○日 ~	期間	○年○○月○○日
	過去6か月間の介護保険施設等	介護保険施設又は医療機関の名称等・所在地	期間	
入所・入院の有・無	○○病院(骨折)	○年○○月○○日 ~ ○年○○月○○日		
14日以内に他自治体から転入した方のみ記入	○前に住んでいたところ(市町村)名: [ ]	○現在、前に住んでいたところに認定申請中ですか: はい(申請日 年 月 日)・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。		
変更申請理由(変更申請の場合のみ)				

現在介護認定をお持ちの方は、ご記入ください。

②提出者	氏名	提出者の氏名	続柄	①申請者から見た関係性(例: 姉、長男、CM等)
	住所	〒 ○○○-○○○ 提出者の住所	電話番号	○○-○○○
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)			
	①申請者(認定を受ける方)の様子がよくわかる方に立会いをお願いします。			

調査の連絡	立会人	調査立会い者の氏名	電話番号	○○○-○○○-○○○	続柄	①申請者から見た関係性(例: 姉、長男、CM等)
調査場所	自宅					

主治医	氏名		医療機関名	○○病院
	所在地	〒		受診予定日

意見書受け取りサイン

## 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名	2号被保険者のみ、記入。※主治医へ確認しご記入ください。		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、石垣市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、石垣市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)こと及び更新申請について、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

受付印

被保険者氏名 申請者氏名 (代筆者 代筆者の氏名)

※申請書原本の裏面の記入をお願いします。