太枠の中を記入してください。なお、申請時に介護保険証を添付してください。
※訪問調査時、同席される方を下記に記入してください。

同席される方の氏名・続柄	連絡先	自宅 勤務先 携帯電話

介護保険　要介護・要支援認定　申請書

米 子 市 長 様

※該当するものに〇を付けてください。

新規	更新	変更

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所 （現住所）	〒 （必ず連絡の取れる所をお書きください。） **電話番号**		
	前回の要介護認定の結果等	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　平・令　　年　　月　　日　から　平・令　　年　　月　　日		
	14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名		
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　はい　　いいえ		
		「はい」の場合、申請日　平・令　　年　　月　　日		

※入院、入所中（又は予定）の方は必ずご記入ください。（ショートステイ・ケア含む。）

期間　　月　　日から

　　月　　日まで ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院入院、施設入所

提出代行者	名　称	該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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） 印
	住　所	〒 電話番号

※主治医の氏名と医療機関名は、必ず記入してください。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	診療科	（鳥大病院のみ記入）　　科		
	所在地	〒 電話番号		

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。健康保険証の写しを添付してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

【本人同意欄】

介護サービス計画及び介護予防計画を作成するため並びに介護老人福祉施設入所申請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・意見及び主治医意見書を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、介護保険施設、親族、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した調査員に提供することについて。

☐ 同意する
☐ 同意しない

本人署名（自書）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 自署すること又は意思表示することが困難