

受付印

介護保険（変更・更新）認定申請書

(宛先) 昭 島 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号 (マイナンバー)													
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号													
		被保険者 記号・番号	記号											番号											枝番	
	フリガナ												生年月日		年 月 日											
	氏 名												性 別		男 ・ 女										歳	
	住 所		〒 —										電話番号 — —													
	(現在の所在地 で該当するもの に○)		※上記以外の住所(病院・施設等)にいる方は、下の欄に記入してください。										退院・転院の予定がある場合は記入してください。 (月 日 退院・転院 予定)													
	入院中 入所中 その他		〒 —										電話番号 — —													
	現在の 認定区分等 (該当に○)		区分:要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5																							
	変更申請理由 (変更の場合記載)		有効期間: 年 月 日 から 年 月 日 まで																							

認 定 調 査	調査時の立会い希望 (どちらかに○)		あり ・ なし										連絡をとりやすい 時間帯											
	立会う方		フリガナ 氏 名	本人との関係 ()										電話番号 連絡をとりやすい 番号		— —								

申請される方が被保険者ご本人以外の場合は記入してください。

申 請 者	申請者氏名												本人との関係											
	住 所		〒 —										電話番号 — —											
	提出代行者 (事業者が提出す る場合は記入)		該当に○ (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設のうち、厚生労働省令で定めるもの)																					

主 治 医	医療機関名												診療科目名											
	主治医氏名 (フルネーム)												最 終 受 診 日		年 月 日									
													次回受診予定日		年 月 日									
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)のみ記載

特定疾病名											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 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時は、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昭島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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
また、申請に関して住民基本台帳及び課税台帳を調査することについても、この申請をもって同意します。
なお、記載された事項は介護保険システムのコンピュータに記載されます。

本人署名										
代筆者署名	本人との関係 ()									