

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
 [新規 ・ 更新 ・ 区分変更]

品川区長 あて
 次のとおり申請します。

受付場所	受付者	認定調査
・区 ・支援センター ()		・区 ・支援センター

		個人番号											
被 保 者	被保険者番号									申請年月日			
	フリガナ									生年月日			
	氏名									性別			
	住所	〒											
		電話番号											
前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新・区分変更認定場合のみ記入	要介護状態区分												
	有効期間	から											
現在入院または入所している場所	病院・施設名										病棟	病室	
	所在地	〒											
			電話番号										
退院予定	月 日頃に退院予定 ・ 予定なし												

申請者氏名			本人との関係	
提出代行者	該当に○(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・介護医療院)			
	印			
申請者住所	〒			
		電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

主 治 医	主治医の氏名				診療科名	
	医療機関名					
	所在地	〒				
			電話番号			
最終診療日	年	月	日頃	※3ヶ月以上未受診の場合は必ず受診してください。		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。「健康保険被保険者証」の写しを添付

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名				

- 要介護認定の申請にあたり、以下のことに同意します。
- ①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、及び主治医意見書を品川区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供すること。
 - ②認定調査のため、この申請書および認定調査事前確認書の写しを認定調査員に提供すること。

被保険者氏名(※必須)

代筆者氏名

関係()