

介護保険 要介護・要支援（新規・更新・変更・転入）認定申請書

福岡県介護保険広域連合長 様 次のとおり申請します。 申請年月日： 年 月 日

申請者	↓該当する番号に○をつけてください。		委任状	申請者氏名		
	1 本人、親族、成年後見人、民生委員等		不要	被保険者本人との関係		
	2 地域包括支援センター		不要			
	3 指定(地域密着型)介護老人福祉施設		不要			
	4 介護老人保健施設		不要	提出代行事業者名称	印	
	5 指定介護療養型医療施設		不要			
	6 介護医療院		不要			
	7 指定居宅介護支援事業者		更新・転入 新規・変更	不要 要	[住所及び連絡先]	〒
	8 その他の施設()		要			
9 その他、隣人・知人・社会福祉士等		要				
					(電話番号)	

【住所地特例：有（市町村名）】

被保険者（認定を受ける方）	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ)		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 (電話番号)		
	現在の認定区分等	(要介護状態区分) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (要支援状態区分) 1 ・ 2		
		認定有効期間 年 月 日 ～ 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。(既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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
	現在の状況 (該当するものに し点をつけてくだ さい。)	☐ 在宅	施設・病院(病棟)名：	
		☐ 介護保険施設	所在地	
		☐ 医療機関	(電話番号)	
☐ その他の施設		(入院・入所日) 年 月 日 (退院・退所予定日) 年 月 日		
その他、過去6月 間の介護保険施設・医療機関等入 院、入所の有無	介護保険施設・医療機関の名称及び所在地		期間： 年 月 日 ～ 年 月 日	
	介護保険施設・医療機関の名称及び所在地		期間： 年 月 日 ～ 年 月 日	
そ の 他	認知症症状： 有 ・ 無		緊急連絡先(携帯電話等)：	
	変更申請の理由			

主治医 について	医療機関名		診療科		
	所在地	〒 (電話番号)			
	(フリガナ) 医師氏名	最終受診 年月日	年 月 日	次回受診 予定日 年 月 日	
訪問調査 について	日時調整の 連絡先氏名	(フリガナ)	本人との関係	電話番号	自宅：
	調査 できない日				携帯：
認定結果通知書の送付先 ※送付先が本人以外の場合のみ記入 ※記載内容は今回の認定結果通知書の 送付先に限り適用されます。		氏名 (宛名)	住所	〒	

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			

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・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、福岡県介護保険広域連合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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員又は市町村保健師(保健師と同等の職員を含む。)に提供することに同意します。

被保険者氏名 (代筆者氏名) (続柄)