

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： 平成 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	提出代行事業者名称	
	4 介護老人保健施設	不要		
	5 指定介護療養型医療施設	不要	[住所及び連絡先] 〒	
	6 指定居宅介護支援事業者	更新・転入		不要
		新規・変更		要
7 その他の施設()	要			
8 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： 平成 年 月 日 ~ 平成 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。)	<input type="checkbox"/> 在宅	施設・病院(病棟)名：		
		<input type="checkbox"/> 介護保険施設	所在地		
		<input type="checkbox"/> 医療機関	(電話番号)		
		<input type="checkbox"/> その他の施設	(入院・入所日) 平成 年 月 日 (退院・退所予定日) 平成 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：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	介護保険施設・医療機関の名称及び所在地		期間：平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 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
	調査できない日		連絡可能な時間帯	自宅： 携帯：
認定結果通知書の送付先		氏名 (宛名)	住所	〒

※送付先が本人以外の場合のみ記入
※記載内容は認定結果通知書の送付先
に限り適用されます。

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)