介護保険　要介護認定・要支援認定申請書

（新規・更新・変更・転入）

被保険者番号

（あて先）　下 関 市 長　　次のとおり申請します。　申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ 申請者氏名		被保険者との続柄	
提出代行者 名　　称	※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・介護医療院 ） 事業所番号		
申請者又は 提出代行者住所	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所･電話番号は記載不要 〒　　ー　　電 話 番 号　　（　　）		

【本庁　菊川　豊田　豊浦　豊北】
【彦島　長府　王司　清末　小月　王喜　吉田　勝山　内日　川中　安岡　吉見】

被保険者	フリガナ 被保険者氏名		性別	男・女	生年月日	明 大 昭　　年　　月　　日 （　　歳）
	住　　所 （住民登録をしているところ）	〒　　ー　　電話番号　　（　　）				
	現在（前回）の 要介護状態区分等	要介護（　　）要支援（　　）自立	有効期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日まで		
	申　請　理　由 （新規･変更時のみ記入）					
	医療保険の 加入の状況 ※（　）内は２号の場合記入	□山口県後期高齢者医療保険　□下関市国民健康保険　□その他［　　］ ※２号被保険者 （保険者・番号　　被保険者 記号・番号・枝番　　）				
	入院･入所の状況 （認知症グループホーム・特定施設を含み、短期入所を除く）	入所・入院 施設の名称				
		所　在　地	電話番号　　（　　）			

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、主治医意見書、下関市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、下関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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防･日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。）ことに同意します。

被保険者氏名　　（代筆者氏名　　）

調査	立　　会	有　無	フリガナ 氏名	被保険者との続柄		※日中確実に連絡が取れる番号を記入してください。 電話番号　（　　） （　　）
	訪　問　先	自宅　入院・入所施設　他〔　　〕			連絡事項	

主治医	医療機関名		主治医氏名		最後に受診した日	年　月　日
	所　在　地	〒　　ー　　電話番号　　（　　）				

受付担当

入力担当

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	

※14日以内に他市区町村から転入した方のみ記入

転出元市区町村名　〔　　〕 現在、上記の市区町村に要介護･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 （　年　月　日申請） いいえ

身元確認　□運転　□個人ｶｰﾄﾞ　□介保　□介負担　□ｹｱﾏﾈ　□他（　　）
代理権　□介保　□個人ｶｰﾄﾞ　□戸籍　□委任状　□他（　　）
個人番号　□個人ｶｰﾄﾞ　□通知ｶｰﾄﾞ　□住民票　□ｼｽﾃﾑ

個人番号