介護保険　要介護・要支援　認定／更新／変更　申請書

新規	更新	介護	変更

（宛先）焼津市長　　次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

変更申請の理由：

申請者氏名			
本人との関係			
申請者住所	〒	電話番号	－ －
訪問調査	立会者氏名： 本人との関係：　　昼間連絡のつく電話番号：		
（事業者記入欄） 申請手続代行	該当区分･･･レ点をつける ☐ 地域包括支援センター　☐ 介護老人保健施設 ☐ 居宅介護支援事業者　☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護老人福祉施設　☐ 介護医療院　☐ その他	提出代行事業者名称	

被保険者	介護保険 被保険者番号		個人番号		
	医療保険情報	☐焼津市国民健康保険　☐静岡県後期高齢者医療　☐未加入 ☐その他（保険者名：　保険者番号： 記号・番号・枝番：　・　・　）			
	フリガナ		性　別	☐ 男　☐ 女	
	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所	電話番号（　）			
	前回の要介護認定の結果	支・介（　）	有効期限満了日	年　月　日 まで	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号（　）		
	最終受診日	年　月　日	次回受診予定日	年　月　日

※ 被保険者が、医療機関や福祉施設などに入院・入所している場合に記入（短期入所を除く。）

入院・入所	医療機関施設名		入院・入所日	年　月　日
	所在地		退院・退所予定	頃　：　未定

※２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の場合に記入（申請時に 医療保険証の写し をお持ちください）

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焼津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又は介護保険施設の関係人、主治医又は調査員に提示することに同意します。また、有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知（法第27条 第11項の通知を言う。）を省略することに同意します。

本人氏名

市処理欄

日程　/　（　）			場所　自宅・（　）
調査員　（前回：　）			駐車場　自宅・（　）
保険証回収｜済・未	資格者証発行｜済・未	主治医同意｜有・無	計画届出｜済（　）・未
本人(代理人)確認｜番号カード・免許証・専門員証／2点 介護証・割合証・医療証・他（　）			代理権確認｜介護証・委任状・他（　）