

被保険者番号

個人番号(本人・代理人以外は記入しないでください)

帳票ID

021

## 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)

(あて先) 東大阪市長 次のとおり申請します。

被 保 険 者	フリガナ			申請年月日	令和	年	月	日	
	氏名			性別	男・女		年齢		
				生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	住所	〒	-	電話番号					
		居住している・居住していない (いずれかに○)							
	調査場所 (上記住所地で調査を行う場合は記入不要)	施設・医療機関等の名称又は居所		電話番号					
		期間(予定): 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
	調査日程連絡先 ・立会者	フリガナ 氏名	(続柄)		電話番号				
		訪問調査時立会 希望する・希望しない (いずれかに○)							
	前回の要介護認定の結果等 (該当するものに○)	要介護 ( 1 2 3 4 5 )		要支援 ( 1 2 )		事業対象者			
変更申請の理由 (※変更申請の場合のみ)									
主治医	医療機関名			主治医の氏名			診療科		
	所在地	〒	-	電話番号					
医療保険		保険者名			保険者番号				
被保険者証		記号			番号			枝番	
特定疾病 (※64歳以下の方のみ)		※医療保険被保険者証を提示してください。							
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、東大阪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示することに同意します。				本人氏名					
				代筆者:		(続柄: )			

(特記すべき事項があれば記入してください。)

- ・1号被保険者(65歳以上)の人は、介護保険被保険者証を添付してください。
- ・申請があったときは、介護保険被保険者証に代えて介護保険資格者証を交付します。

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)						
	住所	〒	-	電話番号		担当者名		

※下の欄は記入しないでください。

依頼日	調査	調査票	未・済	入力	備考		受付印
	意見書			受付	調査票 依頼先		