様式第15号（第21条関係）

＊この欄には記入しないでください。

受付		入力			
□転入（　　月　　日）					
保険証押印　□済　□未					

堺市介護保険要介護・要支援認定申請書

（□新　規・□更　新・□区分変更）

堺市長　殿

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者

介護保険被保険者番号		個人番号			
医療保険者名	（保険者番号　　）	医療保険被保険者記号番号枝番			
フリガナ		□男 □女	生年月日	□明治 □大正 □昭和　　年　　月　　日	
氏名					
住所 ＊住民登録地又は外国人登録地を記入	〒 電話番号　　FAX番号				
通知等送付先 氏名・住所等	氏名 住所　〒 電話番号　　FAX番号	本人との関係			
現在の要介護等状態区分 ＊更新・区分変更申請の場合のみ記入	要介護（　1　2　3　4　5　）　要支援（　1　2　） 有効期間　令和　　年　　月　　日から令和　　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　令和　　年　　月　　日				
区分変更申請の理由 ＊区分変更申請の場合のみ記入					
訪問調査先について （現在、本人の居場所が上記住所と異なる場合記入）	□居宅 □介護保険施設 □その他の施設・病院	〒 住所　　（　　方） 入院・入所施設名（施設に入所の方）〔　　〕 電話番号　　FAX番号 施設退所予定がある方は退所予定年月日（　　年　　月　　日）			
訪問調査について	＊訪問調査日程について、特に都合の悪い曜日及び時間帯がある場合記入してください。 ＊訪問調査にあたり、配慮すべきことがあれば記入してください。 立会希望（有・無）　昼間連絡先（どなたに　　電話番号　　）				

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	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・家族・その他） （※）
住所又は所在地	〒 電話番号　　FAX番号

（（※）において、提出代行者・申請代理人（法人にあっては、その代表者）が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

主治医

主治医の氏名		医療機関名	（最終受診年月日　　年　　月　　日）
医療機関所在地	〒 電話番号　　FAX番号		

第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

- 上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- 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・要支援認定に係る調査内容、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、堺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。
- 更新申請の場合、要介護（要支援）認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

本人氏名　　（＊）

（（＊）において、被保険者（本人）が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

（R7.9. 26,000枚）介保