

介護保険

- 要介護・要支援認定
 要介護・要支援状態区分変更認定

申請書

(宛先)名古屋市長
 次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名 (窓口に来られた方等)	本人との関係
提出代行者 名称	<input type="checkbox"/> 包括支援 <input type="checkbox"/> 居宅支援 <input type="checkbox"/> 介護施設 事業所番号 ()
申請者住所 (提出代行者所在地)	〒 日中連絡のとれる電話番号 ()

被保険者番号	1 0	個人番号
フリガナ	生年 月日	明治 大正 昭和
被保険者氏名	年 月 日	性別 男・女
住所 (住民登録地)	〒	電話番号 ()
現在地 (上記と異なる場合)	〒	電話番号 ()
今後の認定通知等(注1)の送付先	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 住所と異なる現在地 <input type="checkbox"/> 申請者(提出代行者)住所 <input type="checkbox"/> 変更なし	
申請歴	有・無	前回の認定等の結果(有の場合) 要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 介護の手間の増加 <input type="checkbox"/> 介護の手間の減少 詳しい理由()	

(注1)「認定通知等」には、介護保険負担割合証及び認定通知に同封する介護保険被保険者証を含む。

主治医	医療機関名	医師名
	所在地	〒 電話番号 ()
	受診状況	通院中(最終受診日 年 月 日頃)・入院中(年 月 日から)

医療保険	保険者名	保険者番号
	被保険者等 記号・番号・枝番	

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名

同意欄 (注2)	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・要支援認定に係る調査の内容、名古屋市介護認定審査会による審査判定の結果及び意見、主治医意見書、名古屋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者が取得した心身の状況等の情報を、名古屋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、地域密着型介護予防サービス事業者若しくは介護予防・日常生活支援総合事業を行う者の関係者、主治医意見書に係る医師又は要介護・要支援認定に係る調査に従事した認定調査員に提示(地域支援事業として介護情報基盤を経由して電子的に行う場合を含む。)することに同意しますか。	同意する 同意しない	※区・支所処理欄 受領者(資負)確認 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合は欄外に氏名・関係を補記
	(署名) 被保険者氏名(認定を受けようとしている方) 代筆の場合(代筆者氏名) (続柄等)		

(注2)「同意する」「同意しない」のいずれかに○を付けてください。「同意する」場合は署名をお願いします。

