

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 春日井市長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		申請年月日		年 月 日	
	医療 保 険	保険者名		保険者番号				
		被保険者証		記号	番号	枝番		
	フリガナ		生年月日		明治・大正・昭和		年 月 日	
	氏 名		性 別		男 ・ 女			
	住 所		〒		電話番号		- -	
	前回の要介護 認定の結果等							
	*要介護・要支援更 新認定のみ記入		有効期間		年 月 日 から		年 月 日	
申請理由								
		*区分変更のみ記入						

申請者氏名			被保険者 との関係	
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)			
申請者住所	〒		電話番号 - -	

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒	電話番号 - -	

※40歳から64歳までの方(第2号被保険者)は、特定疾病名称を記入してください。  
また、加入している医療保険の被保険者証等を提示してください。

特定疾病名				
認定調査 場所	自宅・施設・その他 ( )		電話番号 - -	
同席 無 ・ 有 ( )	確認連絡先		- -	
調査委託先事業所番号				

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、春日井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、春日井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を含む。)ことに同意します。

本人氏名

ここからは記入しないでください

新規・継続/在宅・施設

認定調査 予約日	年 月 日
	午前 午後 ( )

受付	入力	保険証回収	資格者証交付	内容確認