介護保険［　要介護認定・要支援認定　］申請書
新規・更新・区分変更・転入

①　区分変更

②　申請年月日　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

③

介護保険被保険者番号	０００００１１１２２３	個人番号	１２３４５６７８９０１２		
医療保険 保険者名	佐倉市	保険者番号	１２２１２		
医療保険 被保険者記号・番号	記号 倉	番号 １２３４５６	枝番 ７		

④

フリガナ	サクラ　ハナコ	生年月日	昭和１０年５月３日
氏名	佐倉　花子	性別	女
住所	〒２８５－０８２５ 佐倉市江原台２－２７	電話番号	０４３－４８５－６７１１
前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	要支援２
		有効期限	令和○年○月○日　から　令和○年○月○日
	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。	はい・いいえ
		（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」の場合、申請日　年　月　日
過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	〒２８５－０８２５ 特別養護老人ホーム○○　佐倉市□□　▽－▽－▽	期間 ○年○月○日～○年○月○日
	介護保険施設等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日
	医療機関等の名称等・所在地	〒２８５－０８２５ ○○病院　佐倉市○○　△－△－△	期間 ○年○月○日～○年○月○日
○・無	医療機関等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日

⑤

名称	○○地域包括支援センター
住所	〒２８５－００１３ 佐倉市海隣寺町９７　電話番号 ０４３－４８４－１７７１

⑥

主治医	主治医の氏名	介護　一郎	医療機関名 ○○病院
	所在地	〒２８５－０８４３ 佐倉市中志津２－３２－４　電話番号 ０４３－４６３－４１８１	

⑦　特定疾病名　初老期における認知症

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運用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、千葉県佐倉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、千葉県佐倉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。

⑧　（本人氏名）　佐倉　花子

①申請の区分記入欄です。「区分変更」に○をつけてください。

②申請書を提出する日をご記入ください。

③認定を受ける方（被保険者本人）に関しての各項目をご記入ください。
○被保険者番号…介護保険の被保険者番号です。
※ご不明の場合、記入不要です。
○個人番号…マイナンバーカードに記載されている１２桁の番号です。
※ご不明の場合、記入不要です。
○医療保険…「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」に記載されています。
※40～64 歳の方はコピーを添付の上、できる限りご記入ください。
※65 歳以上の方は、医療保険の欄をお書きいただかなくても提出できます。

④認定を受ける方（被保険者本人）に関しての各項目をご記入ください。

⑤認定を受ける方（被保険者本人）に代わってケアマネジャー等が申請される場合にご記入ください。ご本人又はご家族が申請される場合は記入不要です。

⑥かかりつけの医師の氏名・医療機関名等をご記入ください。複数の医療機関や診療科に受診されている場合は、介護が必要になった主たる要因、又は、ご本人の状態を日頃から最もよく把握していると思われる医師１名をご記入ください。
※介護保険認定に必要な意見書は通常の診断書とは内容が異なります。しばらく受診されていない方は受診が必要となることがありますので、かかりつけの医師にご確認ください。

⑦40 歳～64 歳までの方は、特定疾病名（16 種の特定疾病に該当するかどうか医師にご確認ください）のご記入をお願いします。

⑧介護保険の認定に係る個人情報の取り扱いに係る同意欄です。印刷のうえ、本人氏名の欄に「認定を受ける方（被保険者本人）」のご署名をお願いします。
※ご本人署名が困難な場合、代署で構いません。