

介護保険 [ 要介護認定・要支援認定  
新規・更新・区分変更 ] 申請書

① 転入  
②

①申請の区分記入欄です。「転入」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

介護保険 被保険者番号	0000111223	個人番号	123456789012
医療 保険 被保険者 記号・番号	佐倉市	保険者番号	12212
	記号 倉	番号	123456
		枝番	7
被 保 者	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
	〒285-0825		
	住所 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 定の結果のみ記入	要介護状態区分	要支援2
		有効期間	令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日
	※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	〇〇市
		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「はい」を選択してください。)	
			「はい」の場合、申請日 令和〇年〇月〇日
過去6箇月の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入居の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒	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 〒	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地 〒	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
有・無			

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く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。「住所」には転入先を、「要介護状態区分」と「有効期間」には前住所地での認定状況を、「転出元自治体名」には、転出元市町村をご記入ください。  
また、転出元で申請中のかたは、「はい」を○で囲み、申請日をご記入ください。

⑤

名称	佐倉 太郎
住所	〒285-0013 佐倉市海隣寺町97
	電話番号 043-484-1771

⑤認定を受ける方(被保険者本人)に代わってご家族等が申請される場合にご記入ください。

⑥

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地 〒	電話番号

⑥転入の場合は記入不要です。

⑦

特定疾病名	初老期における認知症
-------	------------

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。

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転入の場合は記入不要です。

⑧ (本人氏名)