

別記様式第6号（第10条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定等申請書

市役所 処理欄	みなし 更新	夫婦 同時	2号 新規	送変 あり	開催日 合議体	
------------	-----------	----------	----------	----------	------------	--

小平市長 殿

次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日 介護保険被保険者証の添付 あり・なし

申請区分 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請 <input type="checkbox"/> 転入申請…転出元（区市町村名）【										
介護 保 険 被 保 険 者	被保険者番号	1 3 0 0	個人番号							
	医療保険	保険者名	保険者番号							
		被保険者証 記号	番号	枝番						
		特定疾病名	40歳から64歳の医療保険加入者の方のみ							
		フリガナ	生年月日	大・昭	年	月	日	年齢	歳	
		氏名	性別	男・女	電話番号					
		住所	〒							
		現在の要介護認定区分	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2	有効期間	～				
		申請理由 (希望サービス、 入院歴、住環境、 心身の状況等)	(主な症状・疾患名)							
		区分変更は下記 に○をつける (悪化・改善)								
認 定 調 査	調査場所	病院名・入所施設名	病棟名・号室							
	※住所地と同じ 場合は記入不要	住所	〒							
		電話番号	入院・入所期間	～						
	立会い希望	なし・あり・連絡のみ希望 (調査前・調査後)	氏名	本人との関係						
平日・日中に 連絡可能な 電話番号	連絡可能時間帯()	関係	備考	※担当CMの同席を希望される場合は理由を記入して下さい						
主 治 医	医療機関名	通院		前回受診日	月	日				
	診療科名	主治医名	往診	次回受診日	月	日				
	所在地	〒		電話番号						

サービス利用状況 サービスを受けている場合は、記入してください。

住宅改修	福祉用具	訪問系	通所系	通所日: 曜日
------	------	-----	-----	---------

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防・生活支援サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、小平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若しくは介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示する(写しの提供を含む。)ことに同意します。

また、更新申請に限り、申請から30日以内に認定がされない場合、認定の有効期間内であれば、延期通知の省略に同意します。同意しない場合は、右の口に☑をしてください。 同意しない

※申請者が本人の場合は、下記提出代行者は記入不要です。

提 出 代 行 者	フリガナ			被保険者との関係	電話番号	
	氏名					
	住所	〒				
	名称 事業者が提出する場合	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)				
	提出代行者が担当ケアマネジャーと 違う場合は右欄に記入	事業者名・氏名				
市役所処理欄	申請	意見書	調査	資格者証	調査員	備考