

介護保険 新要介護（新要支援）認定申請書
— 要支援から要介護（要介護から要支援）への変更申請—

太 子 町 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個 人 番 号										
	フリガナ											生 年 月 日	年 月 日（才）									
	氏 名											性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒																				
		電話番号																				
	医療保険情報 ※□に✓して ください	☐ 太子町国民健康保険 ☐ 大阪府後期高齢者医療保険 ☐ その他（ ）																				
		記号						番号						枝番								
	現在の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2																				
	有効期間 年 月 日から 年 月 日																					
介護保険施設・医 療施設等入所・入 院の有無 (短期入所を除く)	有 ・ 無	入所・入院施設名																				
		所在地																				

申請者氏名											本人との関係										
申請者住所	〒										認 定 結 果 等										
	電話番号										送 付 先 住 所										
提出代行者 名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・ 介護医療院)																				

主 治 医	主治医の氏名											住 所	〒
	医療機関名 (診療科名)	()											
													電話番号

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者のみ記入）

特定疾病名																					
・介護（介護予防）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又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。																					
・判定結果が非該当・要支援1・2となった場合は、地域包括支援センターへ私の氏名・住所・生年月日・連絡先・要介護認定・要支援認定に係る調査内容・判定結果・意見、及び主治医意見書・契約している場合はその居宅介護支援事業者名を情報提供することに同意します。																					
本 人 氏 名											代筆者 氏 名										

事務処理欄

認定調査 依頼	意見書 依頼	認定入力	申請入力	保険料		確認
/	/	/	/	/		