

介護保険要介護認定・要支援認定（更新・変更）申請書

申請年月日 年 月 日
(宛先) 八千代市長
次のとおり申請します。 ☐新規 ☐更新 ☐変更 ☐要支援者の要介護新規

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号					個人番号				
	フリガナ					生年月日	年	月	日	
	氏名					性 別	男	・	女	
	住所	電話番号								
	認定を お持ちの方	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2				
		有効期限 年 月 日から 年 月 日まで								
		変更等の 理由	前回から変更する場合の理由							
	転入者	転出元自治体（市町村）名 （ ）								
	施設に 入所中の方	介護保険施設名称・所在地				電話番号				
	入院中の方	医療機関名称・所在地				電話番号				
病棟・号室等				入退院・手術予定等						

主 治 医	医療 機関名			主治医氏名	※フルネームで記入してください。	
	所在地	電話番号				

被保険者以外が提出する場合は記入してください。

提 出 代 行 者	氏名・ 事業所名	(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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 該当する場合は、○印を付けてください。				本人との 関係	
	所在地	介護保険施設等名称・所在地・電話番号等（調査立会い者連絡先等） 電話番号					

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）は特定疾病も記入してください。

医 療 保 険	保険者名			保険者番号			記号		番号	
	資格取得日	年	月	日	資格区分	本人・被扶養者	特定疾病名			

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・要支援認定に係る調査内容、認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を八千代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。

被保険者氏名

市 確 認 欄	意見書発行 手渡し ・ 郵送() ・ 病院直送	保険料（該当に○）	受領印
	調査日時 月 日 () :	不納欠損・滞納	
	調査場所 自宅 ・ ()	該当なし	
	立会い () ・ 無 駐車場 有 ・ 無	受付者	