個人番号 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐　市町村コード 34210　被保険者番号 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐　帳票ID 021

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）

庄原市長　　様
次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者氏名		本人との関係	
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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院） 印		
申請者住所	〒　　ー　　電話番号　（　　） ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要		

被保険者	被保険者番号	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	暫定サービスの計画作成・利用希望の有無　有　・　無			
	フリガナ 被保険者氏名		性別 ☐ 1男 2女	元号 ☐ 1明治 2大正 3昭和	生年月日 ☐☐年 ☐☐月 ☐☐日	年齢 ☐☐☐歳
	住　所 （住民登録地）	〒　　ー　　電話番号　（　　）				
	現　在　地 （上記と異なる場合）	〒　　ー　　電話番号　（　　）				
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等への入院入所の有無 有　・　無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで			
	現在（前回）の要介護状態区分（認定結果）等	事業対象者　要支援1　要支援2　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5 有効期間　平成・令和　年　月　日 から 平成・令和　年　月　日 まで				
	変更申請の理由（区分変更時のみ記入）		☐有効期間の61日以前 ☐有効期間の61日以内			
	現在（前回）の要介護状態区分（認定結果）等（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［　　］ 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「いいえ」を選択してください）　はい・いいえ 「はい」の場合、申請日　令和　年　月　日				

主　治　医	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒　　ー　　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			
医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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・要支援認定にかかる調査内容、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庄原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、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。
（更新申請の場合のみ）申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名　　印

認定調査日程等	立会い希望	有　・　無　　調査日時　令和　年　月　日　午前・午後　時から
	立会人	【氏　名】　【関係】 【連絡先】
	調査場所	☐ 住所地　☐ 現在地　☐ 施設・病院・その他（　　）

訪問調査委託先			
依　　頼　　日：令和　年　月　日	入手日：令和　年　月　日	☐ 資格者証発行	
主治医意見書依頼日：令和　年　月　日	入手日：令和　年　月　日	☐ 保険証回収	

※太枠の中を記入してください。
コンピューターで処理しますので、折り曲げたり汚したりしないでください。

市町村コード
34210

帳票ID
022

被保険者番号										

以下については、庄原市職員が記入します。

確認者

保険者記入欄

□個人番号記載なし
□記載困難
□その他　（　　）

＊郵送の場合、本人確認のための書類は写しでも可

□本人による申請（対面・郵送）　・　□代理権のない使者による申請（対面・郵送）

番号確認方法

□個人番号カード　・　□通知カード
□その他（　　）　・　□保険者システム

本人の身元確認方法

□個人番号カード　・　□運転免許証　・　□写真付の官公署から発行・発給された書類
□その他２つ以上（①　　②　　）

□代理人による申請（対面・郵送）

代理権の確認方法

法定代理人　□戸籍謄本　・　□その他その資格を証明する書類
□その他（　　）

任意代理人　□委任状　・　□本人（被保険者）の介護保険被保険者証
□その他（　　）

代理人の身元確認方法

□代理人の個人番号カード　・　□代理人の運転免許証　・　□代理人の居宅介護支援専門員証
□代理人の写真付の官公署から発行・発給された書類
□その他２つ以上（①　　②　　）

番号確認方法

□個人番号カード　・　□通知カード
□その他（　　）　・　□保険者システム