

※感染症拡大防止のため次の理由により

認定期間の12ヶ月延長を希望する（施設等入所で面会不可□／他人と面会を避けている□）

*【 】内の該当するものに○をつけてください

介護保険要介護・要支援【新規・更新・区分変更・転入】認定申請書

(提出先)

足立区長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		個人番号																
	氏名	(歳)	被保険者番号																
			生年月日																
	住所	〒																	
		電話																	
	前回の認定等	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日～ 年 月 日																	
本 人 の 居 所	1住所と同じ 2主治医医療機関に入院中 3介護保険施設に入所中 4その他(家族宅等) 【退院等予定日 年 月 日頃・未定(退院先が住所地以外の場合は下段に記入)】																		
	※「本人の居所」が、3・4の場合に記入	施設名																	
		家族名	電話																
	〒																		
※区分変更・要介護新規申請の方は、変更を希望する理由を具体的にご記入ください。 ()																			

申 請 者	フリガナ			本人との関係	
	氏名				
	住所	※本人または本人と同居の場合は不要です 〒			
	提出代行 事業者			訪問調査受託	可・不可
			電話		

※訪問調査の日程調整をする方の、平日の日中に連絡がとれるご連絡先をご記入ください

連 絡 先	フリガナ		本人との関係		自宅・勤務先・携帯		訪問調査時の立会
	氏名			電話			可・不可

※申請の原因となる傷病の診療を担当している医療機関、医師名(フルネームで1名のみ)をご記入ください。

主 治 医	医療機関名	(科)	フリガナ		
			医師氏名		
	所在地	〒			電話
	最近の受診日	年 月 日頃	通院・往診・入院中	次回受診予定日	年 月 日

※ 2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のみご記入ください。

【なお、被保険者資格確認届も提出してください】

特定疾病	
------	--

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、主治医意見書、及び被保険者証の内容を、足立区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。

受 付 印	
-------------	--

本人氏名		代筆	(本人との関係) ()
------	--	----	-----------------

以下は記入しないでください

受理	申請	調査	医療	証受領	資交付	2号	滞納