

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

新規申請 更新申請 区分変更申請 転入継続

大津市長 次のとおり申請します。

| | | | |
|-----|--|----------------|------------------|
| 申請者 | <input type="checkbox"/> 本人 | 申請年月日 令和 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 代理人(家族、後見人、知人等) ⇒ 続柄 () <input type="checkbox"/> 提出代行者 ⇒ 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・社会保険労務士) | 氏名または事業所名 | フリガナ (認定調査担当者氏名) |
| | | 住所 | 〒 - 電話番号() - |

| | | | | | | |
|------|---------------------------------|----------------------------|------------------|---|-----------|-------------|
| 被保険者 | 介護保険被保険者番号 | | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | | 男・女 | |
| | 住所(住民票の住所) | | 〒 - | | 電話番号() - | |
| 保険者 | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) | 有効期限 | 令和 年 月 日(まで) | | |
| | 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 | | 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択) | | |
| | 区分変更申請の理由 (※変更申請の場合のみ記入) | はい・いいえ | | | | |
| | 直近の医療機関・ 介護保険施設等 入院・入所の有無 | 名称 | 期間 | | | |
| | 有・無 | 所在地 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |

※介護保険主治医意見書の記入が可能かどうか、医師に確認してからご記入ください。
 ※主治医が複数いる場合は、現在の身体状態をよく把握されている医師を記載してください。

| | | | |
|-----|---------------|---------------|-----|
| 主治医 | 主治医の氏名(フルネーム) | 最終受診月 | 年 月 |
| | 医療機関名 | 診療科 | |
| | 所在地 | 〒 - 電話番号() - | |

令和8年4月1日改正版

裏面もご記入ください。



| 介護保険課 記載欄 | | | | |
|-----------|-------------|-------|-------------|--------------|
| 認定調査登録 | 1. 職調 | 委託 | | 介護保険課 受付印 |
| | | 1. 在宅 | 2. 施設 3. 特別 | |
| 主治医意見書登録 | 1. 新規 2. 継続 | | | |
| | 1. 在宅 2. 施設 | | | |

