様式第５号

担当者印	市　町　村		
	電算入力処理	主治医確認	被保険者証回収
	・　・	・　・	・　・

市町村受付印　　広域受付印

介護保険　要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・広域外転入）

次のとおり申請します。

申請者氏名		続柄		申請年月日	年　月　日
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）				
申請者住所	〒 電話番号　（　）				

被保険者						
介護保険被保険者番号			個人番号			
医療保険	保険者名		保険者番号			
	被保険者証	記号		番号		枝番
フリガナ			生年月日	年　月　日		
氏　名			性　別	男　・　女		
住　所	電話番号					
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2				
		有効期間　年　月　日　から　年　月　日				
	※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　年　月　日				
過去６月間の介護保険施設医療機関等入院入所の有無		介護保険施設又は医療機関等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日		
有・無		医療機関等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日		

主治医				
主治医の氏名		医療機関名		
所　在　地	〒 電話番号　（　）			

申請理由						
調査の際の連絡先	ＴＥＬ		調査可能曜日	月　火　水　木　金		
	立会人氏名		続柄		時間帯	午前・午後
調査場所	自宅　・　自宅以外　（　　）					

第二号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入　※医療保険証の写しを添付してください

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正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、沖縄県介護保険広域連合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。

本人氏名　　代筆者氏名　　本人との関係（　　）