

第15号様式

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規 更新 要介護状態区分変更

新規(要支援者の区分変更) 転入による申請

* 右の該当するものにレ点をつけてください。

(申請先) 横浜市 区長	窓口に来た人(申請者本人の場合 は記載不要)	申請者との関係()		
次のとおり申請します	氏名	電話番号 ()		
	住所			
申請者(認定を受けようとしている方)				
フリガナ	被保険者番号			
氏名 男・女	生年月日	明・大・昭 (年齢 歳) 年 月 日		
住所(住民登録地) 〒 横浜市 区	電話番号 ()			
入院・入所先住所 〒	電話番号 ()			
施設名等				
現在(最終)の認定区分	なし 要介護3	要支援 要介護4	要介護1 要介護5	要介護2
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
特定疾病名 (第2号被保険者のみ記入)				
変更申請の理由 *現在の要介護状態区分の変更申請をする方は記入してください(要支援者は除く)。				
主治医	医療機関名称: 電話番号 ()			
います	所在地:			
いません	医師名(診療科):			

私は、居宅サービス計画、施設サービス計画、認知症対応型共同生活介護計画及び特定施設サービス計画を作成する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、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計画作成事業所の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

申請者氏名

(印) (本人自署の場合は、押印不要です。)

提出代行者(指定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)	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。
名称: 所在地: 電話番号:	申請者氏名 (本人自署の場合は、押印不要です。)
居宅サービス計画作成依頼事業者名	