

申請年月日

年

月

日

介護保険要介護認定・要支援認定＜ 新規・更新・変更 支⇔介  
支1⇔支2 介⇒介

＞申請書

(宛先)旭川市長

次のとおり申請します

↑※該当するものに○

区分変更 の理由	<input type="checkbox"/> 状態の悪化	※具体的状況
	<input type="checkbox"/> 状態の改善	

窓口に来た人	フリガナ			本人から みて	<input type="checkbox"/> 同居家族		具体的な間柄(子・嫁など)	
	氏名 (担当者名)				<input type="checkbox"/> 別居家族	( )		
	電話				<input type="checkbox"/> その他			
	事業所名			提出 代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等		
	住所			<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 医療機関			
認定を受ける人 (被保険者)	被保険者 番号	0	0	0	個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年 月 日		
	氏名			男・女	電話番号			
	住所							
	前回の 認定結果	要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2		非該当		
	主治医	医師名	氏	名	医療機関名		所在地	
40～64歳の方 (2号被保険者) のみ記入		特定疾病名			医療保険者証	記号	番号	
		医療保険者名			医療保険者番号			
※2号被保険者の場合は医療保険証のコピーを必ず添付してください。								

訪問調査について	日程調整の 連絡先	フリガナ			同席者	同席者氏名		
		氏名	本人との関係 ( )		有・無	本人との関係 ( )		
		電話						
	調査場所	名称			<input type="checkbox"/> 住民票と同じ住所			
		所在地			<input type="checkbox"/> 入所先			
		期間	年 月 日 ~	年 月 日	部屋番号	階	号室	駐車場
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用中・ <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していない・ <input type="checkbox"/> 暫定プランにてサービス利用中							
都合の悪い 日時								
調査時の 留意事項	※ 訪問調査は休日・夜間を除いた時間帯でお願いします。							

備考欄(旭川市記入)

【裏面に続きます】



支所	メモ入力	申請登録	受付者

送 付 先 の 変 更	フリガナ	送付先変更を希望される場合は枠内をもれなく記入してください。										
	本人氏名	被保険者番号			0	0	0					
	〒											
	送付先住所											
	施設または建物の名称											
	受取人氏名	本人との関係										
受取人電話番号	変更理由			<input type="checkbox"/> 自宅不在 <input type="checkbox"/> 本人の受け取りに不安がある <input type="checkbox"/> その他( )								

【上記の送付先の変更について】

※ 送付先変更は被保険者証・認定通知書・延期通知書の送付先を**今回の申請分に限り**記載された送付先に発送するものです。次回以降の申請には反映されませんので、ご了承ください。

※ 申請代行者が送付先変更を希望される場合は、必ず事前に本人、家族や施設担当者等の了承を得てください。

【医療機関への情報提供について】

主治医より、実施した要介護認定・要支援認定にかかる調査票・主治医意見書及び判定結果(要介護度)等について照会がある時は、当該事項について医療機関に提示することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_

代筆者署名 \_\_\_\_\_

認定申請をされるにあたって～ご確認ください～

