

### 介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

(あて先) 浜松市長  
次のとおり、申請します。

新規 更新 区分変更  
新規 (要支援からの区分変更)

※申請者が本人の場合は、記載不要です。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

申請者氏名	被保険者からみた関係
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・介護医療院)
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (マンション名・室番号等) 電話番号 ( ) -

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号
	フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏名	性別 男 ・ 女
	住所	浜松市 区 (マンション名・室番号等) 電話番号 ( ) -
	訪問調査先 (上記住所と異なる場合のみ記入してください)	※施設名・住所等 (マンション名・室番号等) 電話番号 ( ) -
	訪問調査の 立会人	フリガナ 氏名
	訪問調査の希望条件	被保険者からみた関係 電話番号 ( ) - 自宅・職場 電話番号 ( ) - 携帯
	訪問調査の希望条件	月・火・水・木・金 時間帯 午前・午後
	前回の要介護 認定等の結果	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 令和 年 月 日 ~ 令和 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 令和 年 月 日
変更申請の 理由		

主治 医	医療機関名	氏名
	所在地	[最終診察日 令和 年 月 日] 電話番号 ( ) -

■調査を特に急ぐ必要のある「がん患者」の方につきましては、右欄に○印をしてください。 有 無

医療保険者名	保険者番号	記号番号
特定疾病名		

※第2号被保険者の場合は、特定疾病名を記入してください。

同意に関する事項 (同意される場合は、□内にレ点を記載するとともに、氏名欄に署名をお願いします。)

- 主治医意見書を記載した医師及び地域包括支援センターに、浜松市から介護認定審査会による判定結果・意見を  
提供することに同意します。
- 現在の認定有効期間内に更新認定が行えるときは、延期通知を省略することに同意します。

代筆者氏名 本人氏名(署名)

備考							
----	--	--	--	--	--	--	--

処理	受付	入力	証回収	証交付	主治医	がん患者	医療保険サービス 利用の確認	転送先	中央・東・西・南 浜名・北・天竜

