要介護認定の申請をされる場合は、**被保険者証を添えて**この申請書を提出してください。

《小野市》

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

小野市長様
次のとおり申請します

変 更

申請者氏名		申請年月日	年　月　日
		本人との関係	
※ 申請者住所 電話番号	（〒　　－　　） 市	電話番号（　　）　－ 携帯番号　－　－	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所・電話番号は記載不要。

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 被保険者氏名 （認定を受ける方）			生年月日	明・大 昭　年　月　日 （　　）歳	性別	男・女	
住所 （住民票上の住所）	（〒　　－　　） 市		電話番号 （　　）　－				
上記以外の場所に居住している場合の居住地	市		電話番号 （　　）　－				
介護保険施設入所有無 （申請日の時点で） （短期入所は除く）	有・無	入所施設名					
		所在地	電話番号 （　　）　－				
「病院」に入院中の場合→	病院名：			（　　階　　病棟）			

※介護保険施設とは、「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」「介護医療院」

現在の要介護状態区分等	申請歴	要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5） 有効期間　年　月　日から　年　月　日				
変更申請の理由						
主治医 （かかりつけ医）	医療機関名		主治医氏名		次回受診日	／
	所在地	（〒　　－　　）　電話番号（　　）　－				

40歳以上64歳以下の医療保険加入者（2号被保険者）のみご記入ください。※医療保険証の写しを添付してください。

特定疾患名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切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（一次判定含む）・意見、及び主治医意見書を小野市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

《※事業者及び保険者記入欄》

認定調査	・申請代行事業者が行います・その他（　　）
主治医意見書依頼	・済み　・市で行って下さい・その他（　　）
立ち会い	・可能（続柄：　　）・不可

市チェック欄
＜証回収＞

＜市受付欄＞

その他の特記欄　☆調査希望日①　AM PM　②　AM PM

申請代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）

□内は申請者記入不要