介護保険被保険者証（ピンク色）を
添付してください。

個人番号	

介護保険　要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

神戸市長宛　次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号	9999999999	申請年月日	令和00年00月00日	
	フリガナ	カイゴ　ハナコ	生年月日	明治 大正 昭和 12年 3月 4日（ ○○ 歳）	性別 男・女
	被保険者氏名	介護　花子			
	住民票上の住所	〒000－0000 神戸市北区○○町○	電話番号 078 000 ）0000	建物名（神戸マンション 12）	
	現在（前回）の要介護状態区分（認定結果）等（更新・変更時のみ記入）	要介護状態区分	有効期間	年　月　日から　年　月　日まで	
	変更申請の理由（変更時のみ記入）	※変更申請の場合は100字以内で理由を記入する			
	入所・入院先（在宅（短期入所を含む）は、入所入院なしを○で囲んでください。）	該当するものを○で囲んでください。 入所入院なし ・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・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設・一般病院・その他施設			
		施設名			
		所在地	病棟　階　号室		
		入所・入院の期間	年　月　日から　年　月　日まで		
	医療保険 保険者名	・国民健康保険（神戸市） 長寿医療後期高齢者医療保険 その他（　）			
	医療保険 被保険者	（記号）　（番号）　（枝番）	保険者番号（交付者）		
	特定疾病	40～64歳の方は左記に裏面より特定疾病名番号を確認し記入してください。また、医療保険被保険者証の写しを添付して下さい。			
訪問先住所（該当するものを○で囲んでください）		・住民票住所と同じ　・入所入院先と同じ　電話番号（　） ・その他の 〒　－ 訪問先			
本人以外の方と訪問調査の調整が必要な場合はその方の氏名等を記入してください		氏名	続柄	電話番号（　）	

主治医	氏名	雲井一郎	医療機関名（総合病院の場合には診療科も記入）	中央病院（整形外科）
	所在地	〒000－0000 神戸市北区○○町○－○	電話番号 078 000 ）0000	
	受診状況	通院中（最終受診日 00年 00月00日頃）　入院中		

申請書記入者	氏名又は事業者の名称（本人の場合は記入不要です）	親族（本人との関係： 成年後見人 ）　又は代行事業者 神戸　太郎 （事業者担当者名：　）　事業者番号	該当するものに○ ・地域包括支援センター ・指定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 ・介護医療院 ・地域密着型介護老人福祉施設
	住所又は所在地	〒000－0000 東京都○○区○○町○　電話番号 03 000 ）0000	

同意欄

・私は、介護サービス計画の作成など介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、今回の要介護認定・要支援認定にかかる ①結果通知の内容 ②認定調査票 ③主治医意見書 を、私が居宅サービス計画の作成を依頼している事業者へ提供することに同意します。
・私は、主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、今回の要介護認定・要支援認定の結果通知の内容を同医師へ提供することに同意します。
・（更新申請の場合のみ）私は、今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

被保険者氏名　介護　花子　代筆者氏名　神戸　太郎
（続柄）　成年後見人

※被保険者による自筆が困難な場合は、親族等による代筆が可能です（事業者は不可）
※被保険者氏名を代筆された方は、代筆者氏名及び続柄を記載してください。

神戸市記入欄	資格者証	調査票	意見書	区窓口受付	センター受付
医療保険加入：被保険者証（写）・情報連携端末					

帳票コード　6 2 0　　裏面にも記入欄があります。（ケアプラン作成依頼届出事業者記入欄）　　ページ　0 1