

## 第21号様式(法規則第35条、第49条関係)

新規

介護保険 要介護認定 · 要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

多摩市長 殿

次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
提出代行者名称	該當に○(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	申請者が被保険者本人の場合は記載不要 〒	電話番号 ( )	

被 保 險 者	被保険者番号									個人番号								
	フリガナ									生年月日	年 月 日							
	氏 名										性別	男・女						
	住 所	〒 電話番号 ( )																
	連絡先住所 連絡者氏名	〒 電話番号 ( )																
	前回の要介護 認定の結果等 (要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入)	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護								／	要支援状態区分 1 2							
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで																
	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く。)	有	入所施設名															
		無	所在地															
	無	1 自宅 2 入院 病院名 ( )	電話番号 ( )															

主治医 該當に○ (有・無)	医療機関名			
	診療科目名		主治医の氏名	
	所 在 地	〒	電話番号 ( )	

医療保険 者名称	番号 ( )	医療保険被保険者 証記号番号	記号	番号
-------------	--------	-------------------	----	----

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護(予防)サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、次の1に掲げる認定に係る情報を、多摩市から次の2に掲げる事業者等の関係者に提示することに同意します。

- 1 調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会の判定結果及び意見
- 2 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

本人氏名 \_\_\_\_\_

市記入欄

番号	番号 C 通知 C 住民票 住基 他 ( )
身元 1 点	番号 C 運転免許証 運経証明書 パスポート 住基 C 身障 精障 在留 C 特永証明 他 ( )
2 点	介護証 後期証 健康保険証 年金手帳 他 ( )
代理権	委任状 介護証 後期証 健康保険証 年金手帳 登記事項証明書 他 ( )

## 認定調査確認票

\*該当するものにチェックしてください。

多摩市介護保険課

新規    更新    区分変更（現在要支援）    区分変更（現在要介護）