

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新

申請書

記入例 新規・更新

個人番号の記入は不要です。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被 保 険 者	被保険者番号	1 1 1 1 1 1	個人番号	
	フリガナ	ナガトロ ハナコ	生年月日	明・大・昭 10年 5月 14日
	氏名	長瀬 花子	性別	男 ・ 女
	住所	〒 369-1304 長瀬町大字本野上1035-1 電話番号 66-3111		
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	要支援状態区分 1 2	
	有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 ・ 入 所 の 有 無	※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。 はい ・ いいえ (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」の場合、申請日 令和 年 月 日		
	介護保険施設の名称等・所在地	この欄は、申請日からさかのぼって6か月以内に、入院・入所した(している)場合に記入してください。		
	介護保険施設の名称等・所在地	期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地	●●病院 ▲▲市■町1-2-3 期間 平成—令和〇年〇月〇日~平成—令和 〇年〇月〇日退院予定		
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

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・指定介護療養型医療施設、介護医療院)	印
	住所	〒	

要介護認定申請をする旨を主治医に伝えて了承を得ておいていただくようお願いします。

主治医	主治医の氏名	●川 ●夫	医療機関名	×××病院
	所在地	〒 369-1304 ■■市●●町1035-1 電話番号 0494-66-9999		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	この欄は40~64歳の方が申請するときに医療保険と疾病名を記入してください。	医療保険被保険者証
特定疾病名		

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・意見、及び主治医意見書を長瀬町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。

日程調整者	長瀬 太郎 (子)	本人氏名	長瀬 花子
連絡先電話番号	000-000-0000	(代筆)	長瀬 太郎
デイ等利用日	なし		
その他	調査は火・水・金の午後希望		本人氏名を代筆した場合は代筆者氏名も記入してください。

調査の立ち会い者について記入してください。