

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

記入例

新規・更新

わからない等、記入が困難な場合は空欄でも受付します。

次のとおり申請します。

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0000011111	個人番号			
	医療 保険	保険者名	長瀬町 後期高齢者医療保険	保険者番号	39113634	
	被保険者 記号・番号	記号		番号	0123045	
	フリガナ	ナガトロ ハナコ		生年月日	昭和10年1月1日	
	氏名	長瀬 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	住所	〒369-1304 長瀬町大字本野上1035番地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
		有効期限	年 月 日 から		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 年 月 日				
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	〒		期間	年 月 日
介護保険施設等の名称等・所在地		〒		この欄は、申請日から遡って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。		
医療機関等の名称等・所在地		●● 病院	〒123-4567 ▲▲市■町1-2-3	期間	○年○月○日～ ○年○月○日	
医療機関等の名称等・所在地		〒		期間	年 月 日～ 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・介護受療院)
	住所	〒

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

主治医	主治医の氏名	●川▲夫	医療機関名	×××病院
	所在地	〒369-1000 ●●市■町4-5	電話番号	0494-11-1000

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

特定疾病名	40～64歳の方が申請する場合は、疾病名を記入してください。
-------	--------------------------------

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、主治医意見書、長瀬町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護認定調査員又は認定調査に携わった調査員に提出する場合があります。本人氏名を代筆した場合は、代筆者の氏名と本人との続柄を記入してください。

本人氏名 長瀬 花子 代筆(関係) 長瀬 太郎(子) ※裏面(次ページ)も記載してください。

こちらにご記入ください。

調査の日程調整者・立会者について記入してください。

- ・日程調整者（長瀬 太郎（子））
- ・連絡先電話番号（090 - 0001 - 0002）
- ・調査の都合が悪い日や曜日（サービス利用日、通院日等や立会者の都合の悪い日）

なし

- ・立会者（長瀬 太郎（子））

ご相談・問い合わせ先

福祉介護課 0494 - 66 - 3111（内線142）