

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)

大雪地区広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日		年	月	日
-------	--	---	---	---

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号				
	医療保険者名	保険者番号					
	医療被保険者証 (フリガナ)	記号	番号	枝番			
	氏 名	生年月日		明・大・昭	年	月 日	
		性 別		男	・	女	
	住 所	〒					
	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	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・要支援認定申請を申請中ですか。 (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			
	介護保険施設・医療機関 等入院入所の 有無	介護保険施設の 名称等・所在地		期間	年 月 日～	年 月 日	
介護保険施設の 名称等・所在地		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			
医療機関等の 名称等・所在地		期間	年 月 日～	年 月 日			

家族等連絡先	氏 名 ( 続 柄 )	住 所
	( )	電話番号

提出代行者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)
	住 所	〒

電話番号

主 治 医	主治医の氏名	〒	医療機関名		
	所在地	電話番号		最終受診日	次回受診日

2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	
-------	--

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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 \_\_\_\_\_