

申請年月日 令和 年 月 日

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

坂井地区広域連合長 様  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号											
		被保険者証	記号						番号						枝番									
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日							
	氏名												性別	男	・	女								
	住所		〒 電話番号 ※屋間に連絡がとれるもの																					
	訪問調査先		電話番号 ※屋間に連絡がとれるもの																					
	その他の連絡先		電話番号 ※屋間に連絡がとれるもの																					
	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 平成・令和 年 月 日 から 令和 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 令和 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		介護保険施設、医療機関等の名称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日				
有・無																								

窓口に来た方												被保険者との関係											
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・その他)																					
	住所	〒 電話番号																					

主 治 医	氏名											医療機関名											
	所在地	〒 電話番号																					

第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																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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ことに同意します。

本人氏名

受付窓口記入欄

保険証回収	電算入力	資格者証	個人番号	
			確認済	同意

事務連絡欄
-------