

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

中芸広域連合長 様
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係
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)	
申請者住所	電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 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												
	フリガナ												生年月日													
	氏 名												性 別													
	住 所												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																						
		※14日以内に 他自治体 から転入 した者のみ 記入		有効期限 から 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 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		有 ・ 無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日 から 年 月 日 まで									
	訪問調査 場 所												訪 問 調 査 日 程 等 連 絡 先		氏名											
訪問調査時に 家族等の同席		有 ・ 無		訪問調査の希望曜日等											電話											
														連絡が取れる時間帯												

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	電話番号		

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	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防計画を作成するため及び介護サービス又は介護予防サービス提供に必要なときは、要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定にかかる調査内容、介護保険審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を中芸広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、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

代 筆 者