

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

次回診察予定日		
年	月	日
受診間隔		
週に	回	
月に	回	

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	保険者名	保険者番号										
		被保険者証	記号	番号					枝番				
	フリガナ												
	氏 名		生年月日					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 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで									
			※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 入院又は入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日									
	有 ・ 無		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・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									

第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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と調査内容、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

本人氏名代筆時のみ記入（代筆者名と続柄）

町 確 認 欄	課 長	課長補佐	係長	係	担当

※裏面にも記入してください。

訪問調査連絡表（更新用）

本人の 所在等	入院機関名 入所施設名	(病棟)	
	訪問調査先住所		
	電話番号		
	同居人の有無	有 ・ 無（独居）	
連絡先 (事業者 の場合 も記入 してく ださい)	フリガナ		
	氏名		
	続柄		
	連絡先		
	調査に同席	希望あり ・ 希望なし	
		希望ありの場合	同席者名 続柄
	家族への調査日連絡	要（連絡先） ・ 不要	
	調査日時	・ 調査はいつでもよい	
・ 調査日程			
連絡がつく時間帯			
現在介護保険サービスを利用していますか	1. 利用している 2. 利用していない どちらかに○を付けてください。		
利用している場合は、サービスの種類を記入してください			
現在の身体状況			
連絡事項			
代行事業所名 (代行申請時のみご記入ください。)	事業所名		
	担当者名	(TEL)