

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

千代田区長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

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				性別		男・女								
	氏名				生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日								
					電話		( )								
	住所				〒 認定調査を行う際の連絡先 氏名 続柄 住所 電話										
	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										
現在の状況にチェックして下さい <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所															
過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院、入所(除くショートステイ)		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									

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) 代表者氏名	
	住所	〒 電話 ( )	

主 治 医 に つ い て	該当に○主治医が	主治医がいる方(入院・通院中の方は入院・通院先の医師など) *現在のあなたの心身の状況をよくわかっている医師		直近の診察日	年 月 日
	いる	医師氏名(1名のみ)	( )科)	医療機関名	
	いない	所在地	〒 電話 ( )		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(申請の際は、医療保険証のコピーを添付してください)

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、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。

介護保険被保険者証 回収・未回収(紛失・調査時に回収) 本人氏名