

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

新規 ・ 更新 ・ 転入

次のとおり申請します。

申請年月日

平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
	氏名		性別	男性 ・ 女性
	住所	〒 TEL		
	前回の要介護認定の結果等	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間	平成 年 月 日	～ 平成 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	
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	

申 請 者	氏名		続柄		調査の立会い	可 ・ 否
	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) Ⓞ				
	住所	〒 電話番号				

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名		次回受診日
	所在地	〒 TEL			

2号被保険者(40歳から64歳の医療機関)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者記号	番号
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計を作成するためには必要があるときは、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清川村から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員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 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

介護保険サービス利用日 \_\_\_\_\_ 日・月・火・水・木・金・土