

介護保険 要介護・要支援 [ 新規・更新・区分変更 ] 認定 提出日を記入。

【記載例】

山田町長 様

次のとおり申請します。

初めての申請は「新規」に○

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号	個人番号	正 滞 未
医療保険 保険者名	保険者番号	※ <input type="checkbox"/> 必須項目
被保険者証 記号	番号	※ <input type="checkbox"/> 該当の場合のみ記入
フリガナ	支番	
氏名	生年月日	年 月 日
	性別	男・女
住所	〒	
	電話番号	
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定等の場合のみ記入	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 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 年 月
過去6ヶ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
	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	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
有・無	入院、入所の有無に○	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
変更申請理由		

・住民票の住所を記入。  
現在の居住地が異なる場合は居住地も記入。  
・現住所の連絡先電話番号を記入 (携帯電話可)。

申請日から14日以内に他自治体から転入した方は転出前の市町村名、転出前に要介護認定申請を行った方は申請日を記入。

病院に入院中、もしくは介護保険施設に入所の場合は、名称、所在地、入所 (院) された日を記入。

申請する方 (本人やご家族、代行業者) の氏名、住所、連絡先電話番号を記入。  
※可能であれば連絡のつきやすい電話番号も記入。

かかりつけの医療機関名と主治医を記入。

40歳~64歳の方のみ記入。

認定を受ける方 (被保険者) の氏名を記入 (代筆可)。

認定結果を住所地以外に送ってほしい場合のみ記載してください。事業所等であれば該当する者に○を。親族等であれば送付先の「郵便番号、住所、宛名、電話番号」を書いてください。

申請者	氏名 又は 名称	該当に○ (親族・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

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、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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

※認定結果送付先が現住所と異なる場合は記入してください。

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・その他)	〒
	電話番号