

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
 要介護更新認定・要支援更新認定

（申請先）東御市長

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				生年月日		年 月 日		
	氏 名				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 更新認定の場合 のみ記入		(要介護状態区分) 1・2・3・4・5・経過的要介護 (要支援状態区分) 1・2				
			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。 はい・いいえ <small>（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）</small>						
過去6カ月の 介護保険施設・ 医療機関等への 入所入院の有無 ↓ 有 ・ 無 *有の場合のみ右欄記入		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			
		医療機関等の名 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			

調査等連絡先	氏 名	電話番号
	特記事項 (被保険者との続柄)	

※上田地域広域連合から訪問調査等の連絡を取るために必要ですので、必ず記入して下さい。

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・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）
	住所	〒 (担当者名) 電話番号 <input type="checkbox"/> 調査できる <input type="checkbox"/> 調査できない

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	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

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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東御市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