

ご記入のポイント!

介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定等 申請書

次のとおり申請します。

- 新規 更新 区分変更
- 要支援者の要介護

別紙の案内をご覧のうえ、個人番号をご記入ください。

既に認定を受けている方は水色の介護保険

入所や去り過ぎる月がある場合は、ご記入

主治医の意見書は認定に必要です。必ず記入してください。

請さい。64歳以下の医療保険加入者のみ記入してください。

被保険者番号	0000	申請年月日	令和 年 月 日
フリガナ		個人番号	
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	介護認定を受けるご本人の情報をご記入ください。		
前回の要介護認定の結果等	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	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 入所中
介護保険施設・医療機関等入院	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 入所中
療養施設・医療機関等入院	療養施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 入院中
療養施設・医療機関等入院	療養施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 入院中
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	事業所や施設の方が代行提出される場合のみ、こちらにもご記入ください。押印は不要です。電話番号		

主治医氏名	医療機関名	最終受診日
	()科	年 月 日
〒	(電話番号)	

被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入			
氏名	医療保険 番号	記号	被保険者 氏名
続柄			

ピア計画又は介護予防サービス計画等の作成及び認定調査のために必要があるときは要介護認定・要支援認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を国立市から地域包括支援センター事業者、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員(受託事業者を含む)に提示することに同意します。

本人氏名

必ずご記入ください。 代筆者氏名 続柄

連絡先電話番号