

介護保険 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定等 申請書

国立市長 様
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] ※該当する申請区分に
レ チェックをしてください。

被 保 険 者	被保険者番号		0000								申請年月日		令和 年 月 日					
											個人番号							
	フリガナ										生年月日		明・大・昭 年 月 日					
	氏 名										年 齢		歳		性 別		男 ・ 女	
	住 所		〒 (電話番号) - -															
			※住所以外に送付先を変更する際には別途届出が必要となります。															
	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															
入 所 中 ・ 入 院 中 の 場 合 の み 記 入	入所・入院の名称等・所在地										期 間	年 月 日～ 年 月 日						
	医 療 保 険	保 険 者 名	☐ 後期高齢者医療広域連合（東京都） ☐ 国民健康保険（国立市）															
			☐ その他 （医療保険者名称： ）															
		（医療保険者番号： ）																
	被保険者証	記号						番号						枝番				

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・介護医療院）															
	住 所	〒 電話番号															

主 治 医	主治医氏名					医療機関名		()科				最終受診日					
											年 月 日						
	所 在 地	〒 (電話番号) - -															

【40歳～64歳の方】 特定疾病名をご記入ください。

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国立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（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
代筆者氏名 続柄
連絡先電話番号