

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) - -					
	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	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合（東京都）		<input type="checkbox"/> 国民健康保険（国立市）			
		<input type="checkbox"/> その他（医療保険者名称：）					
	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
	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、主治医意見書、国立市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）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