

# 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

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	( ) 歳																
	氏名											性別																	
	住所	〒																											
	前回要介護 認定の結果等	*要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有効期間 から																									
		*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 日																									
	過去6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																			
有 ・ 無	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																			

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・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																				

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人氏名