

# 介護保険 要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書

茨城県潮来市長 原 浩道 様 該当するものにをしてください

申請年月日

次のとおり申請します。

新規 更新 転入

令和 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 記 号 ・ 番 号			記 号		番 号		枝 番		
	フリガナ				生年月日		大・昭 年 月 日 ( )歳				
	氏 名				性 別		男 ・ 女				
	住 所				〒						
					電話番号						
	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>				要介護状態区分		1 2 3 4 5		要支援状態区分		1 2 (非該当)
					有効期間		年 月 日から		年 月 日		
	※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か月間の 介護保健施設 医療機関等 入院・入所の有無 (○を)		有		入院・ 入所施設名				入院・入所の期間			
		無		所在地				現在も入院・入所中			

(提出代行者) 申 請 者	氏 名 (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 ) 個人の方にはフリガナを							
	住 所		〒 _____ 担当者名( )							
		電話番号								

主 治 医	氏 名		診療科( 科)		医療機関名		直近の受診日: 月 日		
	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

※医療保険証のコピーが必要です。

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潮来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。

※裏面も必ず記入してください

本人氏名