

【申請書の記入例】

※不明な場合は、
無記入でも結構です

提出日(申請日)を
記入してください

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	茨城〇〇〇健康保険組合										保険者番号		00000000									
		被 保 険 者 記 号・番 号	記 号	123					番 号	12345					枝 番	02								
	フリガナ		イタコ タロウ										生年月日		大・昭〇〇年 1月 1日 (〇〇)歳									
	氏 名		潮来 太郎										性 別		男 女									
	住 所		〒 311-2424 茨城県〇〇市〇〇1234番地										電話番号		0299-63-1111									
	前回の要介護認定の 結果等		要介護状態区分		①		← 2 3 4 5		要支援状態区分		1 2 (非該当)													
	※要介護・要支援更新認 定の場合のみ記入		有効期間		5 年 1 月 1 日から		6 年 12 月 31 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 (既に認定結果通知を受け取って											
	過去6か月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の有無 (○を)		有		入院・ 入所施設名		〇〇〇〇〇〇病院		入院・入所の期間		R5年4月1日～													
		所在地		千葉県〇〇市〇〇5678番地				現在も入院・入所中																

(提出代行者)	氏 名 (名 称)	イタコ ハナコ 潮来 花子										※本人が提出できない場合、 家族等が代理申請するときは 記入してください										介護施設・指定介護療養型医療施設)									
	住 所	〒 311-2424 茨城県〇〇市〇〇1234番地										電話番号 0299-63-1111																			

主治医	氏 名	診療科(内 科) 日本 次郎										医療機関 名		直近の受診日: 〇月 〇日 〇〇〇〇〇〇病院									
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇5678番地												電話番号 0478-11-〇〇〇〇									

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は必要があるときは、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者、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とともに同意します。

※裏面も必ず記入してください

本人氏名

潮来 太郎

※更新申請の方はわかる
範囲でご記入してください
※新規申請の方は記入不
要です

被保険者名を
記入してください

※本人が提出できない場合、
家族等が代理申請するときは
記入してください

※裏面も必ず記入してください

本人氏名

潮来 太郎

日頃かかりつけ(体の状態がわかる)の先生
のお名前・医療機関等を記入してください