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）　申請書

清須市長　様

※申請年月日の記入漏れに注意

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			個人番号	
	医療保険 保険者名			保険者番号	
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番　号	枝番
	フリガナ / 氏名			生年月日	年　月　日
				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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
			有効期限　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	
		医療機関等の名称等・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	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	**※この書類を提出される方の氏名** **※ケアマネによる申請の場合は担当ケアマネの氏名**	被保険者との関係	**※「子」ではなく「長男」「次女」など詳しく**
提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） **※介護サービス事業所の職員による申請でない場合は記入不要** （自署の場合、押印不要）		
申請者又は提出代行者住所	〒 電話番号　**※日中繋がりやすい番号**		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

第2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	**※2号申請の場合、要介護状態の原因となる特定疾病名を正確に記入**

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、認定有効期間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[illegible]清須市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅[illegible]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[illegible]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[illegible]含む。）ことに同意します。

※署名の記入漏れに注意

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意：被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得たうえ、家族等が署名してください。