

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

申請年月日の記載漏れに注意

清須市長 様  
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	(この欄は印字済みです)			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																		
		氏名	(この欄は印字済みです)																	
		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	(この欄は印字済みです)																
			※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、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒	期間	年 月 日 ~		年 月 日													
	介護保険施設等の名称等・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														
	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														

提出代 行者	名称	この書類を提出される方の氏名+括弧書きで続柄(「長男」「次女」など) ケアマネによる申請の場合は担当ケアマネの名前																
	住所	〒															電話番号	日中繋がりがやすい番号

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	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、清須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、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。

本人氏名を代筆する場合は、本人氏名欄の左側の余白に代筆者の署名をお願いします。  
(例: 「代筆者」)

本人氏名