

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

清須市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日の記入漏れに注意

申請年月日 年 月 日

被 保 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														
		被保険者証		記号			番号			枝番										
	フリガナ) 歳			
	氏名		(この欄は印字済みです)																	
	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		(この欄は印字済みです)				令和 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								

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・介護医療院)	
	住 所	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氏名	
		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、及び主治医意見書を、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。

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