

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

申請書

記入例

○をつけてください。 新規申請の場合：「要介護認定・要支援認定」
 更新申請の場合：「要介護更新認定・要支援更新認定」

年月日 R 8 . 1 . 5

被保険者番号										0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号										1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																												
医療 保険	被保険者名										府中市										医療保険情報を記載してください。										12345678																																						
	被保険者記号・番号										記号										12										番号										3456										枝番										78								
フリガナ										フチュウ タロウ										生年月日										S 0 . 0 . 0																																							
氏名										府中 太郎										性別										男																																							
住所										府中市府川町0-0-0										電話番号										0 8 4 7 - 0 0 - 0 0 0 0																																							
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																																
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入										有効期限										から										更新申請の場合のみ、前回の認定情報をご記入ください。																																						
転入申請の場合、前自治体で受けていた認定情報等をご記入ください。										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。 (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																																							
過去介護医療入院の有	の名称等・所在地										〇〇病院										期間										R〇.〇.〇 ~ R〇.〇.〇																																						
	の名称等・所在地										無										期間										~																																						
	医療機関等の名称等・所在地										無										期間										~																																						
家族が申請される場合：申請者(記入者)のお名前をご記入いただき、後ろに本人から見ての続柄をご記入ください。 事業所が申請する場合：事業所名をご記入いただき、後ろに担当ケアマネのお名前をご記入ください。										府中 花子										妻																																																	

提出代行者	名称										府中 花子										妻									
	住所										〒										電話番号									

主治医	主治医の氏名										医療機関名									
	所在地										〒									

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	第2号被保険者(40~64歳)の方は、特定疾病名の記載が必要です。主治医にご確認の上、ご記入ください。									
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

①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、府中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、府中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幹経路で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

②更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

直筆で同意欄に署名をお願いします。
代筆でも構いません。

本人署名欄

(代筆の場合) 代筆者氏名 _____

本人との関係 _____

※本人署名欄は代筆の場合でも記入が必要です。

書類	証回収	本人確認			
入力	資格者証	意見書	調査	予診票	No.
		前		要	
				不要	
調査区分					
居宅・施設・他市()			同日調査あり		