

# 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）



揖斐広域連合長 様  
次のとおり申請します。

(注)申請者氏名及び本人との関係は家族申請の場合に記入

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

|       |              |                                                                                                                      |                                                                                                          |           |       |        |                    |
|-------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|--------|--------------------|
| 申請者氏名 |              |                                                                                                                      | 本人との関係                                                                                                   |           |       |        |                    |
| 提出代行者 | 名称           | 該当に○(地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) <span style="float: right;">⑩</span>              |                                                                                                          |           |       |        |                    |
|       | 住所           | 〒 - 電話番号( ) -                                                                                                        |                                                                                                          |           |       |        |                    |
| 被保者   | 被保険者番号       |                                                                                                                      |                                                                                                          |           | 個人番号  |        |                    |
|       | フリガナ         |                                                                                                                      |                                                                                                          |           | 生年月日  |        |                    |
|       | 氏名           | 明・大・昭                                                                                                                |                                                                                                          |           | 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   | 1 2    | 有効期限 年 月 日から 年 月 日 |
|       | 現在の状況        | ※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。(すで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 |           |       |        |                    |
| 主治医   | 医療機関名        | <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所・医療機関入院等<br>入所・入院先の施設名( ) |                                                                                                          |           | 医師名   |        |                    |
|       | 直近の受診日       | 平成 年 月 日                                                                                                             |                                                                                                          |           | 診療科目  |        |                    |
|       | 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

|         |  |  |  |           |  |  |
|---------|--|--|--|-----------|--|--|
| 医療保険者番号 |  |  |  | 医療保険被保険者証 |  |  |
| 医療保険者名  |  |  |  | 記号番号      |  |  |
| 特定疾病名   |  |  |  |           |  |  |

|           |                                                                                                                                                                                                                                  |  |               |  |                |  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|----------------|--|
| 情報提供同意署名欄 | 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、及び主治医意見を、揖斐広域連合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。(本人が署名できないため、署名を代行する場合には、署名代行者の氏名をあわせてご記入ください。) |  |               |  |                |  |
|           | 本人署名 _____                                                                                                                                                                                                                       |  | 署名代筆者氏名 _____ |  | (本人との関係 _____) |  |

※窓口記入

|       |                                                                                                                                   |      |         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|
| 申請区分  | 新規・更新・転入                                                                                                                          | 資格者証 | 発行済・未発行 |
| 被保険者証 | 有・無                                                                                                                               | 保険料  |         |
| 番号確認  | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )      |      |         |
| 身元確認  | 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) |      |         |
|       | 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )    |      |         |

