

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

受付印

葛城市長 様

次のとおり申請します。

被保険者証に記載  
されている番号

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	カツラキ タロウ	生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇日
	氏名	葛城太郎 印	性別	男 ・ 女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 葛城市〇〇〇 〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
	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		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 平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
		*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」の場合、申請日 令和 年 月 日 はい ・ いいえ		
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無  有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		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 〇〇市〇〇 〇〇〇病院		期間 〇〇年〇月〇日 ~ 年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日

☆必須項目

提出 代 行 者	名称	該当に〇（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・指定介護療養型医療施設、介護医療院）	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 葛城市〇〇〇 〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	

☆必須項目。主治医、  
医療機関の省略はで  
きません。

主治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 葛城市〇〇〇 〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

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

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	

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に加入している医師又は介護士が調査に從事した調査員に提示することに同意します。

代筆の場合は、代筆者  
の名前も記入。

捺印

本人氏名 〇〇 〇〇 印

( 代筆者名 〇〇 〇〇 )