

健康保険証に記載されている内容		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			
葛城様とお申し込みします。		被保険者証に記載されている番号		申請年月日		年 月 日					
被 保 者	介護保険 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	医療保険	保険者名	〇〇〇〇〇〇				保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
		被保険者証	記号	〇〇〇		番号	〇〇〇		枝番	〇〇〇	
	フリガナ	カツラギ タロウ				生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日				
	氏 名	葛 城 太 郎									
	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 〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 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 ・ 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	〇 有 ・ 無				期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
〇 有 ・ 無				期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
〇 有 ・ 無				期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
〇 有 ・ 無				期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
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・介護医療院）									
	住 所	〒				電話番号					
主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇				医療機関名	〇〇〇〇医院				
	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											
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、及び主治医の意見等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 〇〇 〇〇 (代筆者名)											