

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

(宛先) 入間市長

次のとおり申請します。申請年月日 年 月 日

|                  |   |               |                |  |  |  |  |  |  |  |     |    |           |   |       |   |     |    |    |   |   |   |         |   |   |  |   |  |
|------------------|---|---------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----|----|-----------|---|-------|---|-----|----|----|---|---|---|---------|---|---|--|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号  |               |                |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 個人番号      |   |       |   |     |    |    |   |   |   |         |   |   |  |   |  |
|                  | 医<br>療<br>保<br>険  | 保険者名          |                |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 保 険 者 番 号 |   |       |   |     |    |    |   |   |   |         |   |   |  |   |  |
|                  |   | 被保険者<br>記号・番号 | 記 号            |  |  |  |  |  |  |  | 番 号 |    |           |   |       |   | 枝 番 |    |    |   |   |   |         |   |   |  |   |  |
|                  | フリガナ  |               |                |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 生 年 月 日   |   | 明・大・昭 |   | 年   |    | 月  |   | 日 |   |         |   |   |  |   |  |
|                  | 氏 名   |               |                |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 性 別       |   | 男     |   | ・   |    | 女  |   |   |   |         |   |   |  |   |  |
|                  | 住 所   |               | 〒              |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 電 話 番 号   |   |       |   |     |    |    |   |   |   |         |   |   |  |   |  |
|                  | 前回の要介護<br>認定の結果等<br><small>*要介護・要支援更新<br/>認定の場合のみ記入</small> |               | 要介護状態区分        |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 1         |   | 2     |   | 3   |    | 4  |   | 5 |   | 要支援状態区分 |   | 1 |  | 2 |  |
|                  |   |               | 有効期間           |  |  |  |  |  |  |  |     |    | 年         |   | 月     |   | 日   |    | から |   | 年 |   | 月       |   | 日 |  |   |  |
|                  | 過去6ヶ月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等入<br>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 |  |   |  |
|                  |   |               | 介護保険施設の名称等・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<br>出<br>代<br>行<br>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 | 〒   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電 話 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電 話 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

在 (新・継) 施 (新・継)

次の項目は、2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。（※健康保険の資格を証する書類のコピーを添付してください）

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるとき、又は主治医からの求めにより、以下の関係人より請求があった場合、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見、及び主治医意見書を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、介護保険施設並びに意見書を記入した医師に提示することに同意します。

|                |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 添付書類：介護保険被保険者証 | 本人署名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|