

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

福生市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	個人番号は記入がなくても受付します 64歳未満でマイナ保険証利用の方はご記入ください			
	医療 保険	保険者名	医療保険の項目は、 64歳未満の方は必ず書いてください。 65歳以上の方はわかる範囲で書いてください。			被保険者証 記号	枝番
	フリガナ	フッサ タロウ		生年月日	昭和 20年 5月 5日		
	氏名	福生 太郎		性別	男・女		
	住所	〒 197-00XX 福生市本町 番地			電話番号	042-551-XXXX	
	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		有効期限	年 月 日 から 年 月 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 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	〒	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		介護保険施設等の名称等・所在地	〒	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
		医療機関等の名称等・所在地	〒197-00XX 福生市熊川 番地	×病院	期間	令和 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			

提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・宅介護支援事業所) 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院 居宅介護支援事業所			事業者・施設関係者の方が 提出代行される場合は記入 してください。
	住所	〒 197-00XX 福生市本町 番地			

主 治 医	主治医の氏名	熊川 二郎	医療機関名	×病院	主治医の情報は必ず 記入してください。
	所在地	〒197-00XX 福生市熊川 番地			

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	65歳未満で介護認定申請をする際は、特定 疾病の名称を必ず記入してください。
-------	---

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、福生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者が取得した心身の状況等の情報を、福生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盤経由で電子的に行う場合も含む。)ことに同意します。

本人の署名の他、代筆者がいる場合は代筆者氏名と
本人との関係を記入してください。

本人氏名 福生 太郎
代筆者氏名 福生 花子 (本人との関係) 長女