

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											
				転出元自治体(市町村)名 [] ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 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)											
		(有)・無	「はい」の場合、申請日 年 月 日										はい	・	いいえ
	過去6ヶ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							
			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・ 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) 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										電話番号 042-551-XXXX			
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										電話番号 042-551-XXXX			

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、及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書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。

同意する場合は、右側に御署名をお願いします。 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

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。