

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	0000012345	個人番号	個人番号は記入がなくても受付します									
	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											
	氏名	福生 太郎	生年月日	昭和 20 年 5 月 5 日									
			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 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										
有・無													

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○○									
	住所	〒 197-00XX 福生市本町○番地 電話番号 042-551-XXXX									

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。

主 治 医	主治医の氏名	熊川 二郎	医療機関名	○×病院
	所在地	〒197-00XX 福生市熊川○番地 電話番号 042-551-XXXX		

主治医の情報は必ず
記入してください。

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。