

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

須崎市長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） <div style="text-align: right;">印</div>	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号					個人番号				
	フリガナ					生年月日	年	月	日	
	氏名					性別	男 ・ 女			
	住所					電話番号 _____				
	前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2				
			有効期間 _____ 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） <div style="text-align: right;">はい・いいえ</div> 「はい」の場合、申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
	介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等・医療機関等の名称（入所・入院の際は記入をお願いします） _____								
	有 ・ 無	電話番号 _____								
	医療保険者名					保険者番号				
被保険者証	記号				番号			枝番		

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	〒 _____		電話番号 _____		

2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、須崎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人が取得した心身の状況等の情報を、須崎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を含む。）ことに同意します。

また更新申請の場合、認定が申請から30日を超えるとときであっても、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

家族の立合	希望する ・ 希望しない					
立合希望者 氏名 連絡先						本人氏名 _____
サービスの内容	通所サービス利用日（月・火・水・木・金・土・日） 訪問サービス利用日（ _____ ） ショートステイ等（ _____ ） 福祉用具貸与（ _____ 品） 住宅改修 あり・なし 福祉用具販売（ _____ 品：過去6ヶ月以内）					代筆者氏名 _____  代筆者続柄（ _____ ）
※確認	入 力					
受付	申請	主治医	調査	資格者証	被保険者証	確認
					回収・紛失	