

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

長井市長 様

申請区分 新規 更新 転入

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日	
被 保 者	介護保被保険者番号	個人番号		
	医療保険 被保険者名	被保険者番号		
	被保険者証	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		
	※14日以内に他自治体からの転入した者のみ記入	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
		受給資格証明書(有・無) 転出元自治体(市区町村)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。 (はい・いいえ) ※既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択 ※「はい」の場合、申請日 年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	有・無	入院・入所施設の名称		期間 年 月 日 ~ 年 月 日
				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)		
	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	

※次回受診予定日()

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
認定結果の送付先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 下記連絡先 <input type="checkbox"/> それ以外() ※ それ以外を選択した場合は住所・氏名・施設名等の記載をお願いします。

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、長井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。

本人氏名

連絡先	氏名	本人との関係	住所 〒	電話番号
	希望調査日※特にない場合記入不要		現在受けているサービスの状況	調査時の連絡事項(電話の希望時間帯・立ち会いなど)
申請理由※更新認定の場合省略可				受付
				事務入力
				意見書依頼
				調査依頼