

# 介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書 （兼）要介護（要支援）認定区分変更申請書

中山町長

様

新規 更新 変更（申請理由を裏面に記入してください）

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

|                               |   |          |  |  |  |  |    |  |  |                |                                |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|-------------------------------|---|----------|--|--|--|--|----|--|--|----------------|--------------------------------|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 申請者氏名                         |   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 本人との関係                         |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 申請者住所<br>（申請者が被保険者本人の場合、記載不要） | 〒   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 電話                             |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | 該当に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター |          |  |  |  |  |    |  |  |                |                                |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 提出代行者名称                       |   |          |  |  |  |  |    |  |  |                |                                |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者              | 介護保険被保険者番号  |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 個人番号                           |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | 医療<br>保<br>険  | 保険者名     |  |  |  |  |    |  |  |                |                                | 保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               |   | 被保険者証 記号 |  |  |  |  | 番号 |  |  |                |                                | 枝番    |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | フリガナ  |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 生年月日                           |       |       |  |  | 大・昭 年 月 日  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | 氏 名   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 性別                             |       | 男 ・ 女 |  |  | 地区名  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | 住 所   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 〒                              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               |   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 電話                             |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | 現在の認定   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 要介護 1 2 3 4 5                  |       |       |  |  | 要支援 1 2  |  |  |  |  | 事業対象者 |  |  |  |  |
|                               | 新規申請の場合記載不要   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 有効期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日    |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               |   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | ※14日以内に<br>他自治体から転入<br>した者のみ記入 |       |       |  |  | 転出元自治体(市町村)名[ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(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<br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無    |   |          |  |  |  |  |    |  |  | 介護保険施設等の名称・所在地 |                                |       |       |  | 入所(院)：令 年 月 日<br>退所(院)：令 年 月 日<br>入院(院)：令 年 月 日<br>退院(院)：令 年 月 日 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 有 ・ 無                         |   |          |  |  |  |  |    |  |  | 医療機関の名称等・所在地   |                                |       |       |  | 入院：令 年 月 日<br>退院：令 年 月 日<br>入院：令 年 月 日<br>退院：令 年 月 日             |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 主治医                           | 主治医の氏名  |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 医療機関名                          |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               | 所在地   |          |  |  |  |  |    |  |  |                | 〒                              |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|                               |   |          |  |  |  |  |    |  |  | 電話             |                                |       |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため等に必要があるときは、要介護認定・要支援認定等に係る調査内容、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、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。

また、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、遅延通知の省略に同意します。（更新申請の場合のみ）

本人氏名

（本人以外の場合）代筆者氏名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 申請理由

※保険者記入欄

|      |  |
|------|--|
| 個人番号 |  |
| 確認者印 |  |