

**介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書**  
**要介護更新認定・要支援更新認定**

紋別市長 様

次の通り申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	電話番号	
提出代行者 名称及び住所	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） 〒	

\*申請者が被保険者本人の場合、上記申請者住所電話番号の記載は不要

被 保 者 名	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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2
		有効期間	年 月 日から		年 月 日	
	介護保険施設等 入所の有無 (短期入所を除く) 及び現在の所在地	施設等	入院医療機関名・入所施設名		介護保険施設・それ以外の施設等 ※どちらかに○	
			所在地			
	訪問調査先住所	所在地(※被保険者住所と異なる住所に訪問調査する場合)		電話番号		
	認定結果通知書等送付先	〒		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	

2号被保険者(40歳～64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号・番号
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の作成又は介護予防ケアマネジメントのために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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紋別市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、(介護予防)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その他市長が適当と認めるものに提示すること、さらに必要があるときは、介護サービス計画表又は介護予防サービス計画表を作成した事業所から紋別市に提出することに同意します。また、認定の結果が「非該当、要支援1、要支援2」のいずれかの場合、その情報等を地域包括支援センターに提供することに同意します。

本人(被保険者)氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_  
 本人(被保険者)との関係( \_\_\_\_\_ )