

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

（あて先）大月市長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

|                                              |                  |                 |                                         |  |                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                 |       |  |             |  |   |  |   |  |    |  |  |  |
|----------------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------|-------|--|-------------|--|---|--|---|--|----|--|--|--|
| 被<br>保<br>者                                  | 介護保険<br>被保険者番号   |                 |                                         |  |                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                 | 個人番号  |  |             |  |   |  |   |  |    |  |  |  |
|                                              | 医<br>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  |  | 明・大・昭       |  | 年 |  | 月 |  | 日  |  |  |  |
|                                              | 氏 名              |                 |                                         |  |                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                 | 性 別   |  | 男           |  | ・ |  | 女 |  |    |  |  |  |
|                                              | 住 所              |                 | 〒                                       |  |                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                 |       |  |             |  |   |  |   |  |    |  |  |  |
|                                              |                  |                 | 電話番号                                    |  |                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                 |       |  |             |  |   |  |   |  |    |  |  |  |
|                                              | 前回の要介護<br>認定の結果等 |                 | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場合の<br>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<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記<br>入 |  | 転出元自治体（市町村）名 [ ]<br><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><br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |                 |       |  |             |  |   |  |   |  |    |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>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   |                                         |  |                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  | 期間 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<br>出<br>代<br>行<br>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 | 〒<br><br>電話番号                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒<br><br>電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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、大月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 \_\_\_\_\_