

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

二戸地区広域行政事務組合管理者 様

次のとおり申請します。

新規      更新      転入

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		申 請 年 月 日	年	月	日	
	個 人 番 号		生 年 月 日	年	月	日	
	フ リ ガ ナ		性 別	男 ・ 女			
	氏 名						
	住 所	〒					電話番号
	前回の要介護認定結果等	要介護状態区分 1・2・3・4・5		要支援状態区分 1・2			
	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期限	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） はい・いいえ						
	「はい」の場合、申請日 年 月 日						
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	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			
	有 無		医療機関等の名称等・所在地	期間	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	該当するものに○（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設若しくは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		
家 族 等 連 絡 先		氏名	本人との関係	
		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		

2号被保険者（40歳から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地域包括支援センター、介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人、地域密着型サービス関係人、主治医意見書を記載した医師または主治医及び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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_