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

岩見沢市長　様
次のとおり申請します。

□新規　□ 更新　□転入継続申請
＊該当するものに「レ」点をつけて下さい。

申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険者名		医療保険者番号		記号番号
	取得日	昭・平・令　　年　　月　　日	特定疾病名 ※第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入（必須）		
	フリガナ				
	氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
	住所	〒　　電話番号			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　１２３４５　　要支援状態区分　１２			
		有効期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日			
	病院や施設に入院・入所中の場合に記入してください（短期入所を除く）	病院・施設名	介護保険適用（は　い・いいえ）		
		所在地・電話番号	〒　　電話番号		
		入院・入所年月日　　年　　月　　日	退院・退所予定　　月　　日・未定・無		

申請者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒　　電話番号		
	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）		

主治医	主治医の氏名		医療機関名		
	所在地	〒　　電話番号			
	受診状況	最終受診日	年　　月　　日	次回受診予定	月　　日・未定

連絡事項

認定調査	立会の希望の有無	有・無	立会人の氏名		被保険者との関係	
	調査日時連絡先	・本人　・立会人　・その他（　　）	希望曜日・日時等 ※平日の9時～16時を原則とします。			
		※平日の日中連絡のとれる電話番号を記載してください。 自宅：（　　）　－　　／携帯・勤務先：（　　）　－				
現在利用しているサービス ※曜日も記載						
その他						

下記内容をお確かめの上、署名をお願いします。

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、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・主治医に提示することに同意します。（※更新申請の場合のみ）現在の認定有効期間内に更新認定が行えるときは、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名