

記入例

新規の場合は上段を
更新の場合は下段を囲んでください。

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

越谷市長 宛
次のとおり申請します。

被保険者証の10桁の番号を
記入してください。

申請年月日 ○○年○○月○○日

介護保険 被保険者番号	0000000000										個人番号 * * * * * * * * * * * * * *									
	医療保険 被保険者証	記号				番号				枝番										
被 保 険 者	フリガナ	コシガヤ ○○				生年月日	明・大・昭○○年○○月○○日													
	氏名	越谷 ○○				性別														
保 険 者	住所	〒343-○○○○				電話番号	048 (○○○) ○○○○ 090 (△△△△) △△△△													
	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	要支援状態区分	1	2								
新 規 申 請 の 場 合 は 記 入 不 要 で す	有効期間	○年○月○日から			○年○月○日			日中に連絡のとれる番号を 記入してください。												
	転出元自治体(市町村)名	[]																		
介 護 保 険 施 設 等 入 院 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日		～		年 月 日									
	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日		～		年 月 日									
○ ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	○○○○病院				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									

新規申請の場合は
記入不要です

日中に連絡のとれる番号を
記入してください。

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)										
	住所	〒 主治医の氏名はフルネームで 記入してください										
		電話番号										

主 治 医	氏名	□□ □□				医療機関名	○○○○病院					
	所在地	〒100-○○○○ 東京都○○区□□町△-△-△ 電話番号03(○○○○)○○○○										

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											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 三親等以内の親族から請求があったときは、要介護認定・要支援認定に係る個人情報をこの親族に提供することに同意します。
- 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越谷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、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 越谷 ○○

受付者	対象者コード番号				入力	被保険者が署名できない場合は、 ご家族が代筆してください。					
	2	0	0	0	0						

申請後、調査員がご自宅等を訪問し、心身の状態などについて調査を行います。
訪問調査時に立ち会っていただける方について伺います。
(□の部分は該当する項目に「レ」を記入してください。)

立会者 いる いない

立会者氏名 越谷 △△

本人との関係 同居家族 子 兄弟姉妹 親戚
知人 ケアマネジャー その他()

日中連絡が取れる

電話番号 ① 048 (***)**** 自宅 携帯 その他()
② 090 (****)**** 自宅 携帯 その他()