

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

様式1

釧路市長あて  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和3年4月1日

被保険者番号		0000012345	個人番号		000000123456
医療 保険	保険者番号	医療保険の情報を記入してください。			
	被保険者証 記号	番号	枝番		
被 保 険 者	フリガナ	カイゴタロウ		生年月日	明・大 昭 10年 1月 1日
	氏名	介護太郎		性別	男 ・ 女
保 険 者	住所	釧路市 黒金 町 大通 8 丁目 2 番 号		電話番号	0154 (23) 5151
	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
過 去 6 ヶ 月 間 の 介 護 保 険 施 設 又 は 医 療 機 関 等 へ の 入 院 ・ 入 所 の 有 無	有効期間	R2年4月1日～R3年3月31日			
	*14日以内に他の自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [ 〇〇市 ] 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 令和 2 年 12 月 2 日			
	介護保険施設又は医療機関の名称	市立釧路総合病院	期間	R3年1月1日～R3年2月28日	
	所在地	釧路市 春湖台 町 大通 1 丁目 1 番 12 号	電話番号		
*短期場合は	介護保険施設又は医療機関の名称	期間	交通事故等による第三者給付がある場合、有に〇をしてください。		
介護	包括支援センター・居宅介護支援事業者等からの代行申請については、この欄に記入してください。	電話番号	有 無		
申 請 者	氏名	介護次郎		本人との関係	長男
	提出代行者名称	申請者が本人である場合は記入不要です。			
主 治 医	住所	釧路市 黒金 町 大通 8 丁目 2 番 号		電話番号	( )
	主治医の氏名	保険花子		医療機関名	保険病院
	医療機関所在地	釧路市 黒金 町 大通 8 丁目 2 番 号		電話番号	( )
2号被保険者(40歳)		40歳から64歳の方については、この欄に該当する特定疾病を記入してください。			
特定疾病名					
<p>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、釧路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 介護太郎</p>					
本人の直筆により署名してください。本人が記入できない場合は下段に申請者が理由を記入してください。		続柄		本人が記入できない理由を記入してください。例：寝たきり、認知症など	