

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 令和〇年〇月〇日

介護保険 被保険者番号	0000123456	個人番号	000000123456
医療保険 被保険者	記号		番号 枝番
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
住所	釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番 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
	有効期間 〇〇年〇月〇日~〇〇年〇月〇日		
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 *短期入所の 場合は除く	介護保険施設又は医療機関の名称 所在地 釧路市 春湖台 1 番 12 号		期間 〇〇年〇月〇日~〇〇年〇月〇日
	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、住所は記入不要です。		居健施設・介護医療院
	住所	釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番 電話番号 ()		

主治医	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 8 丁目 2 番		

2号被保険者（40歳か）
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、主治医意見書、釧路市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、釧路市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医（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、本人氏名を代筆してください。）

本人氏名	介護太郎
代理人名（家族）	続柄
理由	（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）