

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 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	保険者名		保険者番号	
		被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏 名		性 別	男	・ 女
	住 所		電話番号 ()		
	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 年 月 日～ 年 月 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[] 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	有	介護保険施設又は医療機関の名称		期間 年 月 日～ 年 月 日
			所在地 〒 -		電話番号 ()
無	無	介護保険施設又は医療機関の名称		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		所在地 〒 -		電話番号 ()	
介護補償給付等の受給の有無		有 ・ 無			

申 請 者	氏 名	本人との関係
	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	電話番号 ()

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	医療機関 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)のみ記入してください。

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と調査内容、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

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)