

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

被保険者番号	0000123456	個人番号	000000123456
医療保険	☐ 北海道後期高齢者医療広域連合 ☐ 釧路市（国民健康保険）	保険者番号	
医療保険の情報を記入してください。		番号	
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 ※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 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	有	介護保険施設又は医療機関の名称	市立釧路総合病院
	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
	電話番号	（ ）	
	介護保険施設又は医療機関の名称	期間	
	電話番号	（ ）	
	有 ・ 無		

氏名	介護次郎	本人との関係	長男
提出代行者名称	該当に〇（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）		
住所	〒 釧路市 黒金 町 8 丁目 2 番		
	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 8 丁目 2 番		

2号被保険者（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

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、センター、居宅介護
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

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）