

（記入例）

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

この日が認定の開始日になります。
（更新の方はこの日ではなく
有効終了日の次の日になります。）

満64歳以下の方は
記入が必要です。

申請年月日 R8年 〇月 〇日

被 保 険 者	被保険者番号	0001234567	個人番号																					
	医療保険者名											保険者番号												
	被保険者記号・番号	記号											番号						枝番					
	フリガナ	アヅミノ イチロウ										生年月日	昭和〇年〇月〇日											
	氏名	安曇野 一郎										性別	男											
	住所	〒399-8281 安曇野市豊科6000番地										電話番号	0263-71-2000											
	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					有効期限					から												
		※14日以内に 他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																	
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 介護老人保健施設 ◎◎◎										期間					R7年〇月〇〇日～R8年〇月〇〇日							
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間					～							
医療機関等の名称等・所在地 △△病院										期間					R8年〇月〇〇日～									
医療機関等の名称等・所在地										期間					～									

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・介護医療院）														
	住所	この欄は、ご本人やご家族の方が申請される場合、記入の必要はありません。														
		電話番号														

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 △△					医療機関名	〇×クリニック									
	所在地	〒399-8281 安曇野市豊科6000番地					電話番号	0263-71-2000									

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

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
審査会による判定結果・意見、主治医意
並びに居宅サービス事業者又は介護保
援センター、居宅介護支援事業者、居宅
事業者、介護予防サービス事業者若しく
合事業を行う者、主治医意見書に係る医
支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）

満64歳以下の方は
記入が必要です。

対象者ご本人の署名をお願いします。
署名できない場合は、後ろに代筆者の名前を
お書きください。

本人氏名 安曇野 一郎(代筆 安曇野 花子)

※ 認定調査時に介護保険被保険者証（クリーム色のもの）を回収しますので、ご用意ください。