

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

会津若松市長 あて

要介護(更新)認定・要支援(更新)認定を受けたいので、次のとおり申請します。		申請日	年 月 日
申請者 (提出代行者)	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)	本人との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記入は不要です。
※申請の際にはご本人の介護保険証が必要になります。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	医療保険者名											医療保険被保険者証 記号・番号・枝番										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所	〒 _____ □申請者の住所と同じ										電話番号 _____										
	前回の 要介護認定 結果等	要支援状態区分 1 2					要介護状態区分 1 2 3 4 5															
		有効期間										年 月 日 から 年 月 日										
介護保険施設 医療機関 その他施設 入所・入院等	有・無	施設名										入所・入院日 年 月 日										
		所在地										退所・退院予定日 年 月 日										

主 治 医	フリガナ											医療機関名										
	氏名																					
	所在地	〒 _____										※受診した日(予定日) 年 月 日 電話番号 _____										

特定疾病名 (2号被保険者のみ記入)	※申請の際には、医療保険証のコピーを付けて提出してください。
-----------------------	--------------------------------

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、会津若松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人が取得した心身の状況等の情報を、会津若松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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域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。)ことに同意します。
申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意します。(更新申請の場合のみ)

認定調査等 連絡先	氏名	調査立会い する ・ しない										本人署名 _____
	☎連絡先①	☎連絡先②										
連絡事項	駐車場の有無 (□ 有 □ 無)										代 筆 _____	

医療保険	特定疾病	申請	同意	保険証	意見書	調査

住所地以外で調査を希望の方は
ウラ面もご記入ください。
※施設入所の場合は施設等の
入所入院の欄にご記入ください

※ご本人が、会津若松市以外の市町村に住んでいるなど、被保険者の住所と違う場所にお住いの場合等、住所地と違う場所で調査を希望される場合は下記にご記入ください。

(介護福祉施設、医療機関、介護付き有料老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等、いずれかの施設等へ入所の場合は表面の「介護保険施設・医療機関その他施設・入所・入院等」の欄にご記入ください。)

認定調査の連絡先等をご記入ください			
調査連絡先 氏名		本人との関係	
電 話		連絡しやすい 時間帯等	
認定調査 訪問先	住 所	〒	
	世帯主等 氏名		
滞在期間	※いつ頃から現在の住所に住んでいるか、期間限定で住んでいる等		
その他 連絡事項等			