

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

長浜市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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 (歳)										
	氏 名												性 別		男 ・ 女										
	住 所		〒										電話番号 () -												
	前回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 から 年 月 日 まで																				
			*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 年 月 日																				
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無 有 ・ 無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日										
介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日													

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											
	住 所	〒										電話番号											

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

