

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

須賀川市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和2年1月1日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	フリガナ	カイゴ タロウ		生年月日	S 9年1月1日	
	氏名	介護 太郎		性別	男・女	
	住所	〒962-8601 須賀川市八幡町135			電話番号	75-1111
	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	
			有効期限 年 月 日から		年 月 日	
	転出元自治体(市町村)名〔 〕	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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・医療機関等入所入院の有無	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		
	医療機関の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日		
	医療機関の名称等・所在地 〇〇病院 須賀川市〇〇-1			期間 令和〇年1月1日～ 令和〇年2月1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）	印
	住所	〒	電話番号

主 治 医	主治医の氏名	須賀川 太郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒962-〇〇〇〇 須賀川市〇〇-1 電話番号 〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書及び介護保険事業の適切な運営のために必要と認める情報を、須賀川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及び病院等に提示することに同意します。

本人氏名 介護 太郎