

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

取手市長 殿

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				
	氏 名				性 別				男 ・ 女								
	住 所				〒								電話番号				
	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 区分 1 2 3 4 5				要支援 区分 1 2				
					有効期間				年 月 日 から				年 月 日				
	※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				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					
有 ・ 無				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				
	所在地	〒				電話番号				

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

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、取手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に提示することに同意します。

本人氏名

***介護認定申請時、下記にご記入の上窓口へ提出してください。**

(裏)

1. 窓口においでになった方又はご記入の方のお名前をお書きください。

申請者	氏名	続柄	住所	電話
			〒	

2. 認定調査について

認定調査はご家族の立会いをお願いしております。

立会いの有無 有 ・ 無 (どちらかに○をつけてください)				
立会者	フリガナ		本人との関係	
	氏名		電話	
			携帯電話	

ご本人の住所地以外での調査をご希望の方は、以下の欄にご記入ください。

住所地以外の調査場所	別の家族の家	続柄 _____ 氏名 _____ 様方
		〒 _____ 住所 _____ 電話 _____
病院又は施設に入所中	病院又は施設名	_____
	住所	_____

3. 認定結果通知送付先について

大切な書類ですので確実に受取のできる送付先をご記入ください。

希望送付場所に○をつけてください				
本人の住所地に送付 ・ ケアマネジャー受取 ・ 別住所地に送付				
別住所地	住所	〒 _____		
	続柄	_____	様方	
	電話	_____	_____	

～以下ケアマネジャー使用欄～

通所訪問	月	火	水	木	金	土	日	駐車場所
CM立会	有 ・ 無							
委託	可 ・ 否							
その他のサービス備考								