

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

敦賀市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|  |  |                                 |  |                   |  |   |    |     |             |   |  |   |      |       |       |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|--|--|---------------------------------|--|-------------------|--|---|----|-----|-------------|---|--|---|------|-------|-------|----|---|----|---|---|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                         | 介護保険<br>被保険者番号                         |                                 |  |                   |  |   |    |     |             |   |  |   | 個人番号 |       |       |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|  | 医療<br>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<br>要介護<br>認定の<br>結果等               | ※要介護・<br>要支援更新<br>認定の場合<br>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   |       |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|  | 転出元自治体（市町村）名                           |                                 | [ ]  |                   |  |   |    |     |             |   |  |   |      |       |       |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|  | ※14日以内<br>に他自治<br>体から転入<br>した者のみ<br>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。<br>(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)<br>はい・いいえ |                   |  |   |    |     |             |   |  |   |      |       |       |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設・医療<br>機関等入院・入所等<br>の有・無 |  | 介護保険施設の名称等・所在地                  |  |                   |  |   | 期間 |     |             |   |  | 年 |      | 月     |       | 日～ |   | 年  |   | 月 |   | 日 |  |  |  |
| 有・無                                      |  | 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<br>代<br>行<br>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・地域密着型介護老人福祉施設・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 | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|         |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治<br>医 | 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・要支援認定にかかる調査内容、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、敦賀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又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。また、更新申請の場合であって、前回の認定の有効期間内に更新認定が行えるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名