

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

茨城県東茨城郡城里町長 様  
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 | 被保険者番号                                           |                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |                 | 個人番号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 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                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 家族等連絡先                                           | 氏名（ ） 電話・携帯（ ）                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>認定の結果等<br>* 要介護・要支援<br>更新認定の場合の<br>み記入 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                  | 有効期限 年 月 日から 年 月 日                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | ※14 日以内に<br>他自治体から<br>転入した場合<br>のみ記入             | 転出元自治体（市町村）名 [ ]<br>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（申請日 年 月 日）・ いいえ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 過去6月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等へ<br>の入院、入所<br>の有無      | 介護保険施設等の名称等・所在地                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設等の名称等・所在地  |                                                  |                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設等の名称等・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 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 医療機関等の名称等・所在地                                    |                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>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・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 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所在地    | 〒 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

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、及び主治医意見書を、城里町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