

介護保険

要介護・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

栗東市長 あて

次のとおり申請します。

受領印の日付	年 月 日
申請年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請書を提出した人または提出代行者名称	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・介護医療院）		被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
	栗東 花子		長女
	市記入欄 ※コードを記入		
住所	〒520-3015	電話番号 077-0000-0000	
	栗東市安養寺1丁目13-33		

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇	個人番号		
	医療 保険	保 険 者	〇〇〇	保険者番号	〇〇〇〇〇
		被 保 険 者	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇	枝番 〇〇
	フリガナ	リットウ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	氏 名	栗東 太郎		性 別	男
	住 所	〒520-3015 栗東市安養寺1丁目13-33 電話番号 077-0000-0000			
	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	有効期間	から	
		*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出先自治体（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ヵ月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無（短期入所を除く） <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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 〇〇病院		期間	〇年 〇月 〇日	～ 〇年 〇月 〇日	
医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日	～ 年 月 日	

主治医	主治医の氏名	栗東 太郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒520-0000 栗東市安養寺〇〇-〇〇 電話番号 077-0000-0000		

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・意見および主治医意見書を、栗東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も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また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

被保険者証	資格者証	意見書	訪問調査
回収済 調査時回収 紛失	済 調査時	受付時 更新 病院〒 /	/ 時～ さん

