

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請
要介護更新認定

提出される日付を記載してください。郵送で提出の場合は、市が受理した日が受付日となります。

(宛先) 吉川市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 者	介護保険被保険者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										個人番号																				
	医療 保 険	保険者名		〇〇健康保険組合										保険者番号										〇〇〇〇〇〇									
		被保険者証		記号					〇〇〇-〇〇〇					番号					〇〇〇〇〇〇					枝番					〇〇				
	フリガナ		ヨシカワ タロウ										生年月日					明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日															
	氏名		吉川 太郎										性別					男・女															
	住所		〒342-0000 電話番号 1. 自宅の電話番号 2. 日中に連絡が取れる電話番号										吉川市〇〇〇〇丁目〇〇番地〇〇 △△マンション〇〇〇号																				
	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													
			*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					〇年 〇月 〇日～〇年 〇月 〇日																
有・無		〇〇〇総合病院 〇〇市〇〇1-2-3										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	吉川花子 (〇〇科)										医療機関名					〇〇〇総合病院				
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇										〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地〇〇					電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇				

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

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、吉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に提示することに同意します。

本人氏名 吉川太郎 吉川一郎 (長男代筆)