

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

安中市長 様

☒新規☐更新☐区分変更（支援・介護）☐転入

次のとおり申請します。

申請年月日 令和7年4月1日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号	
	医療 保険 被保険者証 記号	40歳から64歳の方はご記入ください		支 保 者 番 号
	フリガナ	アンナカ タロウ		生年月日
	氏 名	安中 太郎		明治・大正・昭和 10年 10月 10日
	住 所	〒000-0000 安中市安中0000番地		性 別 男・女
	電話番号	000-000-0000		
前回の要介護 認定の結果等				
変更の場合 その理由				
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関	介護保険施設等の名称等・所在地	期 間	年 月 日～ 年 月 日	
「有」の場合はご記入ください	〇〇病院 〇〇市〇〇1-23	期 間	令和6年 〇月 〇日～ 6年 〇月 〇日	
	〇〇病院 〇〇市〇〇1-23	期 間	令和6年 〇月 〇日～ 6年 〇月 〇日	
	〇〇病院 〇〇市〇〇1-23	期 間	令和6年 〇月 〇日～ 6年 〇月 〇日	

提 出 代 行	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	本人・ご家族が提出する場合、記入不要		
治 医	主治医の氏名は フルネームで ご記入ください	電話番号	〇〇 〇〇	
	〇〇 〇〇	医 療 機 関 名	〇〇病院	
所 在 地	〒 000-0000	最終診察日	令和7年 3月 〇日	
	〇〇市〇〇1-23	電話番号	000-000-0000	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）をご記入

特 定 疾 病 名	40歳から64歳の方はご記入ください
-----------	--------------------

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（介護認定実地調査）による判定結果・意見、及び主治医意見書を、保険者から地域包括支援センター、介護認定実地調査員、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書提出者等に提出し、調査に従事した調査員に提示することに同意します。

署名してください
※ 代筆可

本人氏名

安中 太郎