

介護保険

要介護認定
要介護更新認定

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 險 者	介護保険 被保険者番号			個人番号			
	医 療 保 険	40歳から64歳の方はご記入ください			被 保 険 者 番 号		
	被 保 険 者 姓 名	フリガナ		アンナカ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和 10年 10月 10日	
	被 保 険 者 姓 名	氏名		安中 太郎	性別	男・女	
	被 保 険 者 姓 名	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 安中市安中〇〇〇〇番地			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	被 保 険 者 姓 名	前回の要介護 認定の結果等					
	被 保 険 者 姓 名	変更の場合 その理由					
	被 保 険 者 姓 名	過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等の名称等・ 所在地	介護保険施設等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	
	被 保 険 者 姓 名	「有」の場合はご記入ください	医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	
被 保 険 者 姓 名	有・無	〇〇病院 〇〇市〇〇1-23		期間	令和6年 ○月 ○日～ 6年 △月 △日		
被 保 険 者 姓 名	主治医の氏名は フルネームで ご記入ください	医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日		
被 保 険 者 姓 名	提出代行 住 所	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） 本人・ご家族が提出する場合、記入不要					
被 保 険 者 姓 名	主治医の氏名は フルネームで ご記入ください	電話番号					
被 保 険 者 姓 名	治療医 所 在 地	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院			
被 保 険 者 姓 名	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇1-23	最終診察日	令和7年 3月 ○日			
被 保 険 者 姓 名	特 定 疾 病 名	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歳の方の医療保険加入者）の欄

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、介護認定審査会による判定結果・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者、主治医意見書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