

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

塩竈市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		個人番号											
	医療 保険	保険者名	保険者番号											
		被保険者	記号	番号					枝番					
	フリガナ							生年月日	年 月 日					
	氏 名							性 別	男 ・ 女					
	住 所		〒											
			電話番号 — —											
	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										
				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場合のみ記入		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 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 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			

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
	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 — —		

2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、主治医意見書、塩竈市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、塩竈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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

また、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。（更新申請の場合のみ）

本人氏名

※本人または介護保険法第27条に基づく申請代行者以外の方が窓口に来た場合、記入してください。

※裏面は太枠の中をご記入ください。

来窓 口に 来た 方に	住所			
	氏名	本人との関係	電話番号	

訪 問 調 査	調査先 (自宅、病院、施設等)	□住所地と同じ ・入院の場合 (病院 号室)			
	立会人	ふりがな 氏名	本人との関係 ()		
	連絡先 (平日の日中に連絡 がつく電話番号を ご記入ください。)	ふりがな 氏名	□立会人と同じ	本人との関係 ()	
		電話番号			
都合が 悪い日等	都合の悪い曜日や時間帯等をご記入ください。調査は平日の日中に行います。 (デイサービス、ショートステイ、通院など)				

1. 申請の理由 (更新、入院、状態変化など)	
2. 現在の心身の状況 (食事、トイレ、歩行、入浴、認知症の具体的な症状など)	
3. 過去6月間医療機関入院又は現在入院中の場合	
①病名・状況等…	
②退院日 (見込み) …	
4. ①利用中の介護サービス	【家族構成】
②利用したい介護サービス	
5. 動物飼育…なし・あり	

※確 認 欄	被保険者証: □提出あり □提出なし⇒□再発行申請 □その他			
	保険料: □未納・滞納なし □未納あり() □滞納あり()			
	個人番号 記載の有無 □あり □なし	申請者 □本人 □代理	身元確認 □運転免許証 □介護支援専門員証 □個人番号カード □パスポート □その他 ()	個人番号確認書類 □個人番号カード □通知カード □その他 □なし