

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 **記載例**

むつ市長 様

次のとおり申請します

申請年月日 年 月 日

- ①新規申請（支→介・期限切れ含む）は、【要介護認定】もしくは【要支援認定】に○をしてください。
- ②現在要介護1～5の対象者の更新申請は、【要介護更新認定】に○をしてください。
- ③現在要支援1・2の対象者の更新申請は、【要支援更新認定】に○をしてください。

被 保 険 者	氏名			性別	男・女						
	住所	〒									
	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
		※14日以内に 他自治体から 転入した 者のみ記入	有効期限	年 月 日 から			年 月 日				
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
有・無	介護保険施設等の名称等・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							
	医療機関等の名称等・所在地	期間		年 月 日 ~ 年 月 日							

代筆欄がなくなったため、提出代行者欄へ担当者の名前を記載してください。

提出代行者	名称	該当に○（地域包括支援センター・ <u>居宅介護支援事業者</u> ・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） <b>居宅支援事業所○○○ 担当 □□</b>
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		

受診予定日は、確認表へ記載してください。

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、主治医意見書、むつ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、むつ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

認定調査に係る情報及び結果の受け取り方法等は、  
確認表へ記載してください。

場合でも、現在の認定有効期間内に認定の結果が通知され

本人氏名

本人の署名（または提出代行者代筆）