

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 新規・更新

(宛先)

伊奈町長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

|                                                |                  |                 |                                                                                                  |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 |       |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|------------------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-------|----|-------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                               | 介護保険<br>被保険者番号   |                 |                                                                                                  |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 | 個人番号  |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                                | 医<br>療<br>保<br>険 | 保険者名            |                                                                                                  |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 | 保険者番号 |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                                |                  | 被保険者証           | 記号                                                                                               |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 |       | 番号 |       |  |  |  |  | 枝番 |  |  |  |  |
|                                                | フリガナ             |                 |                                                                                                  |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 | 生年月日  |    | 年 月 日 |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                                | 氏 名              |                 |                                                                                                  |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 | 性 別   |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                                | 住 所              |                 | 〒                                                                                                |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 | 電話番号  |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                                | 前回の要介護<br>認定の結果等 |                 | ※要介護・<br>要支援認定の<br>更新のみ<br>※14日以内<br>に転入した<br>者のみ記入                                              | 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<br>に転入した<br>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。<br>(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<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 |       |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 過去 6 月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等へ<br>の入院、入所<br>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 |       |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                                |                  | 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 |       |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 有 ・ 無                                          |                  |                 |                                                                                                  |                               |  |  |  |  |  |  |  |                 |       |    |       |  |  |  |  |    |  |  |  |  |

|                       |     |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、伊奈町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、伊奈町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、認定更新申請から 30 日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

1 記入者氏名

## 2 認定調査場所

3 認定調査時に立合いの希望がある場合は下記に記入ください

【 以下は事務処理欄のため記入しないでください 】

## 5 認定調査日

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 訪問日  | 月 日 ( ) 午前 10 時 ・ 午後 2 時 ・ 他 ( ) |
| 訪問場所 | 自宅 ・ 病院 ( ) ・ 施設 ( ) ・ その他 ( )   |
| 立会い  | 無 ・ 有 ( )                        |
| 認定調査 | 伊奈町 ・ 委託 ( )                     |