

**介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書**  
**要介護更新認定・要支援更新認定**

彦根市長 様  
 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

|                |  |                |                                |   |                     |                     |                     |             |  |  |    |  |
|----------------|--|----------------|--------------------------------|---|---------------------|---------------------|---------------------|-------------|--|--|----|--|
| 被<br>保<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<br>記号・番号  | 記号                             | 番号  |                     |                     |                     |             |  |  | 枝番 |  |
|                | フリガナ                                   |                | 生年月日                           |   | 明・大・昭 年 月 日         |                     | ( )歳                |             |  |  |    |  |
|                | 氏 名                                    |                | 性 別                            |   | 男 ・ 女               |                     |                     |             |  |  |    |  |
|                | 住 所                                    |                | 〒 電話番号 ( )                     |   |                     |                     |                     |             |  |  |    |  |
|                | 前回要介護<br>認定の結果等                        |                | 要介護状態区分 1 2 3 4 5              |   |                     |                     |                     | 要支援状態区分 1 2 |  |  |    |  |
|                |  |                | 有効期間 年 月 日 から 年 月 日            |   |                     |                     |                     |             |  |  |    |  |
|                |  |                | ※14日以内に他自<br>治体から転入し<br>た者のみ記入 | 転出元自治体(市町村)名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(はい・いいえ)<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。)<br>「はい」の場合、申請日: 年 月 日 |                     |                     |                     |             |  |  |    |  |
|                | 過去6ヶ月間の<br>介護保険施設<br>・医療機関等<br>入院入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 |                                |   |                     |                     | 期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |             |  |  |    |  |
| 介護保険施設の名称等・所在地 |  |                |                                |   | 期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |                     |             |  |  |    |  |
| 有 ・ 無          | 医療機関等の名称等・所在地                          |                |                                |   |                     | 期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |             |  |  |    |  |
|                | 医療機関等の名称等・所在地                          |                |                                |   |                     | 期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                     |             |  |  |    |  |

|                       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 |  |
|-------|--|

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る認定審査会資料、認定調査票(特記事項)および主治医意見書を彦根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もしくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。要介護認定・要支援認定に係る認定審査会資料、認定調査票(特記事項)および主治医意見書を彦根市から私の同居の親族および同居でない子その他の親族に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_