

介護保険 要介護更新認定・要支援認定

(宛先) 春日井市長

個人番号、医療保険情報等、全ての項目を記入してください

※申請書の内容に訂正が必要な場合は、二重線で訂正

| | | | | |
|------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|----------|
| 被保険者番号 | 0000012345 | 申請年月日 | 令和8年10月 | 申請日当日の日付 |
| 医療保険 | 保険者名 ○○健康保険組合 | 保険者番号 | 9999999 | |
| 被保険者証 | 記号 123456 | 番号 | 789 | 枝番 01 |
| フリガナ | カスガイ タロウ | 生年月日 | 明治・大正・昭和 11年10月1日 | |
| 氏名 | 春日井 太郎 | 性別 | 男・女 | |
| 住所 | 〒486-8686 春日井市烏居松町5丁目44番地 電話番号 0 | | | |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要介護1 | 現在認定を受けている場合、その区分及び有効期間を記入 | | |
| *要介護・要支援更新認定のみ記入 | 有効期間 | 平成30年11月1日から平成31年11月30日 | | |
| 申請理由 | 新規申請または区分変更申請の場合は申請理由 | | | |

| | | | | |
|---------|--|-----------------------|----------|------|
| 申請者氏名 | 春日井 菊子 | 申請に来られた方の氏名 | 被保険者との関係 | 長男の妻 |
| 提出代行者名称 | 該当に○ (地域包括支援センター) | 申請者と被保険者との関係 (続柄) を記入 | | |
| 申請者住所 | 〒486-8686 春日井市烏居松町5丁目44番地 電話番号 0568 - 81 - 5111 | | | |

| | | | |
|-----|---|-------|---------|
| 主治医 | 申請者の住所・電話番号 | 医療機関名 | ○×クリニック |
| 所在地 | 〒486-0000 春日井市○○町○丁目○○番地 電話番号 0568 - ○○ - 0000 | | |

※40歳から64歳までの方(第2号被保険者)は、特定疾病名称を記入してください。また、加入している医療保険の被保険者証等を提示してください。

| | | |
|--------|------------------|---------------------------------|
| 特定疾病名 | 脳血管疾患 | 2号被保険者(40~64歳の方)の申請の場合、特定疾病を記入 |
| 認定調査場所 | 自宅・施設・その他() | 電話番号 - 81 - 5111 |
| 同席 | 無・有(妻(花子様)) | 確認連絡先 090 - ×××× - △△△△ (花子様携帯) |
| 調査委員 | 調査員が調査前日に連絡する連絡先 | |

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営() 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、春日井市が()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() 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()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()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()を含む。)ことに同意します。

本人氏名 春日井 太郎

新規・継続/在宅・施設

| | |
|---------|-----------|
| 認定調査予約日 | 年 月 日 |
| | 午前 午後 () |

| | | | | |
|----|----|-------|--------|------|
| 受付 | 入力 | 保険証回収 | 資格者証交付 | 内容確認 |
| | | | | |