

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

受付印

飯塚市長 様  
次のとおり申請します。

|          |  |   |   |    |
|----------|--|---|---|----|
| 申請者氏名    | 申請年月日  | 年 | 月 | 日  |
|          | 本人との関係   |   |   |    |
| 申請者住所    | 〒 _____ 電話番号 _____   |   |   |    |
| 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院) |   |   | 担当 |

|   |              |                         |              |                |       |      |            |         |   |   |  |
|---|--------------|-------------------------|--------------|----------------|-------|------|------------|---------|---|---|--|
| 被 | 介護保険被保険者番号   | _____                   |              |                |       | 個人番号 | _____      |         |   |   |  |
|   | 医療保険         | 保険者名                    | _____        |                |       |      | 保険者番号      | _____   |   |   |  |
| 保 | 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   | _____      | ( 歳 )   |   |   |  |
|   | 住所           | 〒 _____                 |              |                |       | 電話番号 | _____      |         |   |   |  |
| 険 | 前回の要介護認定の結果等 | 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 |         |   |   |  |
|   | 者            | 介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)   | 有            | 入院・入所施設名 _____ |       |      |            |         |   |   |  |
|   |              |                         | 所在地 _____    |                |       |      |            |         |   |   |  |
| 無 |              | 介護保険施設以外の入院・入所施設名 _____ |              |                |       |      |            |         |   |   |  |
|   |              | 所在地 _____               |              |                |       |      |            |         |   |   |  |

|     |        |                    |       |       |
|-----|--------|--------------------|-------|-------|
| 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、及び主治医意見書を飯塚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若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又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

更新申請については、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定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。

飯塚市確認欄

|            |                |
|------------|----------------|
| マイナンバー確認書類 | 個 通 住<br>証 コ ネ |
|------------|----------------|

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 身元確認  | 1点:免パ障住B個ケその他( )<br>2点:保年証住A学医その他( ) |
| <input type="checkbox"/> 本人:○<br><input type="checkbox"/> 代理人:△ |                                      |

本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

(本人との関係: \_\_\_\_\_)