

**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**

藤枝市長 様  
次のとおり申請します。

申請理由	1 新規	2 更新	3 転入	申請年月日	年	月	日
------	------	------	------	-------	---	---	---

申請者氏名 (窓口に來られた方の氏名)	被保険者との関係
申請者住所	電話番号( ) -
提出代行者 名称	<small>該当に○をつけてください</small> 1 地域包括支援センター      4 介護老人保健施設 2 居宅介護支援事業者      5 介護医療院 3 指定介護老人福祉施設

被保険者番号	個人番号
医療保険者名	保険者番号
記号番号	
フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日
氏名	性別 男 ・ 女
住所	藤枝市 (マンション名・室番号等) 電話番号( ) -
入院・入所施設名 (短期入所を除く)	入院・入所年月日 年 月 日 ~ 退院・退所予定日 年 月 日
前回の要介護 認定等の結果等	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 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)[ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (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 「はい」の場合、申請日 年 月 日

<b>主治医</b>	医療機関名	最終診察月	年 月
	医師名	診療科	主治医・指定医の別   主・指 指定医の場合 往診希望 有・無
	所在地	電話番号	

●調査を特に急ぐ必要のある「がん患者」の方につきましては、右欄に○印をしてください 有 ・ 無

※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。

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藤枝市から地域包括支援センター・居宅介護支援事業者又は介護保険施設関係者に提供することに同意します。

認定結果について主治医意見書を記載した医師に提供すること、また介護予防給付対象者と認定された場合は、地域包括支援センターに提供すること、有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名(署名) \_\_\_\_\_ 代筆者 \_\_\_\_\_

<b>認定調査</b>	訪問調査先	・自宅 (左記以外の調査先の方はご記入ください) ・病院 住所 ・施設		
	立ち会い	有・無	フリガナ 氏名	電話番号 自宅・職場( ) - 電話番号 携帯 ( ) -
	被保険者との関係		調査可能な曜日等	

被保険者証回収	済・未
資格者証交付	済・未
問診表回収	有・無
交通事故	有・無

受付	入力	納付	

<b>調査</b>	日程	月 日 ( ) 時 分	
	調査員		