

# 介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

(宛先) 春日井市長

申請日当日の日付

※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	令和元 年 10 月 14 日
医療 保険	保険者名 被保険者証	記号	番号
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 春日井市鳥居松町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・要支援更新認定のみ記入	要介護1 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 *区分変更のみ記入	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
提出代行者名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人)		
申請者住所	〒486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地 申請者の住所・電話番号 電話番号 0568 - 81 - 5111		

主治医	主治医の氏名	医者 次郎	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 - ○○ - ○○○○		

※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
-------	-------

認定調査場所	自宅	2号被保険者(40~64歳の方)の申請の場合、医療保険証を持参、特定疾病を記入
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	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要なときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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。

被保険者氏名 春日井 太郎

ここからは記入しないでください

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