

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**

軽井沢町長様
次のとおり申請します

被 保 険 者	被保険者番号									申請年月日	年 月 日		
	フリガナ									生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏 名									個人番号			
	住 所	〒								電話			
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5											
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日											
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地								期間	年 月 日～年 月 日		
		介護保険施設の名称等・所在地								期間	年 月 日～年 月 日		
医療機関等の名称等・所在地								期間	年 月 日～年 月 日				
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地								期間	年 月 日～年 月 日			
※ 連 絡 先	氏 名									本人との関係			
	住 所	〒								電話			

※申請や訪問調査に関することで連絡できる方をご記入ください。

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)											
	住 所												

主 治 医	フリガナ									性 別	医療機関 名(専門科)	()
	主治医の氏名									男 ・ 女		
	所在地	〒								電話		

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

医療保険者名									医療保険 被保険者証	記 号	
										番 号	
特定疾病名											

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、および主治医意見書を、軽井沢町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。

本人氏名

◆訪問調査に何うのに都合のよい日、全部に○をしてください。

月(午前・午後)、火(午前・午後)、水(午前・午後)、木(午前・午後)、金(午前・午後)

課 長	課長補佐	係 長	受理・処理	保険証 資格者証	高齢者係員	包括係員	主治医プラン	その他	
								暫定証 ☐ 保険料 ☐	
区分	要支援区分 1 2	要介護区分 1 2 3 4 5	意見書		結果通知	主治医結果	負担段階	限度額助奨	居宅届出助奨
認定日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日						