

介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

記載例

鎌ヶ谷市長 様

次のとおり申請します。

延長希望

新・更新

申請年月日 年 月 日

申請者

フル	生年月日	明・大・昭	年	月	日
性別		男	・	女	
要支援状態区分		1		2	
※要介護 援更新認定の 場合のみ記入	有効期間	年	月	日	から
介護保険施設の名称等・所在地	期間	記入不要			
過介 介 医 院 無	有・無	年	月	日	～

朱書きで「延長希望」とご記入ください。

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・介護療養型医療施設・介護医療院）			印
提出代行者住所	〒	電話番号：	-	-
送付先氏名		続柄		
送付先住所	〒	電話番号：	-	-

主治	医療機関	記入不要
----	------	------

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 医療保険被保険者証等の写しを添付してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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、鎌ヶ谷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。

本人又は代理人の署名

[署名欄]

市決裁欄

入力日	滞納の有無	締切日	割当調査員	調査予定日	調査条件		調査場所	
/	有・無 / / ~				有	無	在宅 特養 老健 病院 ()	
		係長	割当担当	調査日	意見書着日	審査日	処理完了日	取扱者

被保険者証回収

有・無

主治医への認定結果提示の同意

有・無

1 介護認定

-
-
-

立
本

様宛】

)

】

でいる】

】

2 介

3 調

-
-
-

記入不要

]

4 普

(

)

5 理

6 主

7 外
居
名

当事業所

電

]

]