保険者記入欄	保険証の回収	調査票・意見書の発行	資格者証発行	申請者番号

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

鯖　江　市　　長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			個人番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名			性　別	男　・　女
	住　所	〒　－ 電話番号（　　）　－			
	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	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2			
		有効期間　平成　年　月　日 から 平成　年　月　日			
	過去６か月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	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	
			医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	

提出代行（代理）者	名　称（氏名）	（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・親族）　※該当に○ 印 親族の場合は続柄を記入してください。（押印省略可）		
	住　所	〒　－ 電話番号（　　）　－		

主治医等	主治医の有無	有　・　無	有の場合は直近の受診月	年　月
	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒　－ 電話番号（　　）　－		

※　主治医がいないときは、診察を予定している医師名を記載してください。

※　主治医意見書が必要なため、医療機関に長期間受診していないときは、早急に受診してください。

２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

※２号被保険者は、医療保険の被保険者証を提示または写しを添付してください。

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、鯖江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。

本人氏名