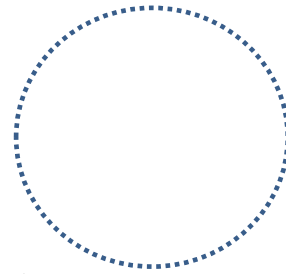


申請場所（該当に○）

上田 丸子 真田 武石 豊殿 塩田 川西

# 介護保険 要介護・要支援 認定申請書



（提出先）上田市長  
次のとおり申請します。

新規 更新 区分変更 転入  
要支援からの要介護新規申請

※介護保険被保険者証を添付してください。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	個人番号									
	フリガナ	生年月日		明・大・昭	年	月	日				
	氏名	性別		男 ・ 女							
	住所	〒 電話番号									
	※14日以内に 他自治体から 転入した方 のみ記入	転出元自治体（市町村）名 [ ]									
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ <small>（既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）</small>									
		「はい」の場合、申請日 年 月 日									
	前回の要介護 認定の結果等	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
		有効期間					年 月 日から 年 月 日				
	変更申請理由										
介護保険施設 への入所	入所施設名										
介護保険施設 以外への 入居・入院	入居・入院施設名										
医 療 保 険	保険者名	保険者番号									
	記号	番号		枝番							

申 請 者	氏名	本人との関係		
	住所	〒 電話番号		

提 出 代 行 者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・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・社会保険労務士）  更新申請の場合、 提出代行者が <input type="checkbox"/> 調査できる <input type="checkbox"/> 調査できない	提 出 者  調 査 場 所  立 会 者  調 査 連 絡 先
	(担当者：_____)	

主 治 医	医療機関名	主治医氏名 (フルネーム)	
	所在地	〒 電話番号	

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

特定疾病名	
-------	--

介護サービス及び介護予防サービスの利用にあたり必要があるときは、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上田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また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 \_\_\_\_\_