

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定

(あて先) 静岡市長
 次のとおり申請します。

窓口に来られる方の氏名、住所等を記入。事業者等が申請するときは、事業者名、所在地、事業者印を記名押印。

申請年月日	平成18年 4月 1日	申請番号	
申請者氏名 又は 提出代行者名称 注 提出代行者のみ押印	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・地域密着型介護老人福祉施設) 日本 花子 印	被保険者との関係 注 提出代行者は記入しない	妻
申請者住所又は提出代行者の住所若しくは所在地	〒 - - 静岡市区町番号	電話番号	- -
申請理由	1 新規 2 更新 4 転入	提出代行者コード	

被保険者証を参照して記入。

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ 氏名	ニホン タロウ 日本 太郎
	住所	〒 - - 静岡市区町番号
	生年月日	明大昭 年 月 日
	性別	男 ・女
前回の要介護認定の結果等 注 更新の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2	
有効期間	平成17年 月 日 から 平成18年 月 日 まで	
介護保険施設入院・入所の有無 (短期入所を除く。)	有 入院・入所施設名 所在地	介護保険施設に入院・入所中のとき、「有」につけて記入。
	無 介護保険施設以外の入院 入所施設名および所在地	病院や有料老人ホーム等、介護保険施設以外に入院・入所中のとき、「無」につけて記入。(部屋番号も記入)

住民票の住所を記入。

新規申請の場合は記入不要。

定期的に受診をしている医療機関を1箇所記入。

主 治 医	医療機関名	内科医院	診療科名	内科
	医師名	主治医・指定医の別 主 指	診察券番号 注 総合病院の場合のみ記入	
	所在地	静岡市区町番号	電話番号	- -

住民票以外の住所に居住しているとき記入。

施設に入院又は入所していない場合の希望調査地	静岡市 区 町 番号 静岡 清子 様方
訪問調査に対応できない日時等	金曜日は不可。連絡・調査とも長女方へ。
連絡先氏名等	静岡 清子 (被保険者との関係 長女)
連絡先電話	- -

現在受給中のサービスがある場合に記入

被保険者以外に連絡先があれば記入。

被保険者が64歳以下のとき記入。

サービス提供者名	業者コード
園	
訪問看護ステーション	

第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

医療保険者	静岡市区(国保)
医療保険被保険者証記号番号	11111111
特定疾病名	脳血管疾患

注 太線の枠内は、記入しないでください。

労働災害、交通事故等により、介護補償給付費等を受けているか否かについて記入。

介護補償給付等の受給資格の有無	有 ・申請中
-----------------	---------------

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、及び主治医意見書を、静岡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。

被保険者本人が署名してください。困難なときは被保険者氏名を記名・押印してください。

本人氏名 → **日本 太郎**