

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

（宛先）弥富市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険	介護保険 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
	医療 保険	保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇	枝番
	フリガナ	ヤトミ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	氏名	弥富 太郎		性別	男・女		
住所	弥富市〇〇〇町〇〇番地 〇〇ホーム			更新申請の場合のみ記入してください。			

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
	有効期限	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
	転出元自治体（市町村）名	[]	

※14日以内に他自治体
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。
（受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。） はい・いいえ

上2段には入所している施設の状況を、下2段には入院している病院の状況を記入してください。

過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇〇	期間	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
	介護保険施設等の名称等・所在地		期間	年 月 日～年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	〇〇病院	期間	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
	医療機関等の名称等・所在地			

「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日

名称欄に氏名、住所欄に住所と電話番号を記入してください。ご本人との関係性は記入不要です。
※関係性は訪問調査確認票に記入してください

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・ 弥富 一郎
	住所	〇〇〇-〇〇〇〇 弥富市〇〇〇町〇〇番地〇 電話番号〇〇-〇〇〇〇

主 治 医	主治医の氏名	弥富 花子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〇〇〇-〇〇〇〇 弥富市〇〇〇町〇〇番地〇		

長期間受診されていない場合は、意見書作成のため改めて受診が必要なことがあります。

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の 特定疾病名	脳血管疾患
---------------------------------------	-------

介護サービス計画
支援認定に係る調
65歳未満の方（2号被保険者）の申請のときは、
特定疾病名を記入してください。
に必要があるときは、要介護認定・要
意見、主治医意見書、弥富市が提供を受
けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係
人が取得した心身の状況等の情報を、弥富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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サー
ビス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業
を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介
護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 弥富 太郎