

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

杉戸町処理欄

杉戸町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	被保険者番号				個人番号			
	医療 保 険	保険者名			保険者番号			
		被保険者証		記号	番号		枝番	
	フリガナ				生年月日		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	
		* 14日以内に他自治体から転入した者のみ記入			有効期限		年 月 日 から 年 月 日	
	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。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択） はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日							
	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				介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
有 ・ 無				医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		

申 請 者	氏名	住所	
	被保険者との関係 1.本人 2.家族（ _____ ）	〒 _____ 日中連絡が取れる電話番号 _____	
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） _____ 担当 _____	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____	

主 治 医	医療機関名	主治医の氏名	
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____	
	最終受診日	年 月 日	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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、杉戸町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 \_\_\_\_\_

※杉戸町処理欄

保険証回収	済・調査時・紛失	資格者証	済・調査時	意見書 依頼	在宅	施設
					新規	継続
調査日	月 日 ( ) :		調査員:	依頼日	/	
調査立会い	無・有 ( ) CM ( 無・有 )			入力日	/	
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 * 調査員の駐車場所 敷地内・自宅前・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
調査日 連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代行申請者 <input type="checkbox"/> その他 ( 日中連絡が取れる電話番号 )					
希望または 利用中の サービス	サービス種別・曜日等					