

# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（更新）

（あて先）多気町長  
次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
		本人との関係	
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・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）		
申請者住所	〒  電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は不要

被 保 険 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 記号・番号		記号	番号		枝番			
	フリガナ						明治			
	氏名				生年月日	大正	年	月	日	
	現住所		〒 多気町				昭和			
					電話番号				性別	男 ・ 女
	前回の要介護 認定の結果等		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 年 月 日から				年 月 日			
			※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 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。 （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。） はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日							
介護保険施設 医療機関等 （短期入所除く）		施設（医療機関）名								
		所在地								

主治医	医療機関名	主治医師名	
	所在地	〒  電話番号	

調査立会	・希望する（被保険者との関係）			・希望しない	
調査連絡先	・被保険者宅と同じ		・その他（氏名： 関係：）TEL		
調査場所（現住所・入院先と異なる場合）					

2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、主治医意見書、多気町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、多気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、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 \_\_\_\_\_