

様式第1号（第2条関係）

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書  
〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

（申請先）佐久市長  
次のとおり申請します。

介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定  
申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	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 （住民登録地）	〒 ー										電話番号	( )									
	上記以外の 現在本人の いる場所	〒 ー										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													
				有効期間 年 月 日 ~ 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。 （既に認定結果通知を受けている場合は「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																				
過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入 院・入所の有無	有	介護保険施設・医療機関の名称					期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
	無	介護保険施設・医療機関の名称					期間	年 月 日 ~ 年 月 日														

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)										担当者名										
	住所	〒										電話番号	( )									

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号	( )									

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
特定疾病名																					

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と調査内容、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、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又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

認定調査に関する聞き取り欄

調 査 日 程 連 絡 先	氏名	被保険者との関係																			
	日中連絡のつく電話番号																				
調 査 立 会 い 希 望	希望する	立会者氏名										希望しない									
事 務 処 理 欄	システム入力	調査員																			
	主治医意見書依頼	調査日	審査会依頼																		
	主治医意見書返送	一次入力	審査会判定	結果通知	メモ																
				ケアプラン作成 依頼届出書																	

