

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) 舞鶴市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
医療 保険	保険者名	京都府後期高齢者医療広域連合									保険者番号	39262027												
	被保険者証 記号										番号	01234567						枝番						
	フリガナ	マイツル タロウ									性別	男・女												
	氏名	舞鶴 太郎									生年月日	大・昭 5 年 5 月 5 日												
	住所	〒 625-0080 舞鶴市字北吸 1044 番地									電話番号	0773-62-2300												
被 保 険 者	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 令和 年 月 日～令和 年 月 日																					
	※14日以内に他 自治体から転 入した場合の 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																						
過去6月間の 入所・入院	施設名称等	〇〇病院									期間	× 年 × 月 × 日			～	× 年 × 月 × 日								
	施設名称等										期間	年 月 日			～	年 月 日								
有・無	施設名称等										期間	年 月 日			～	年 月 日								

提 出 代 行 者	名 称	該当するものに○を付けてください。 ・ 地域包括支援センター ・ 指定介護老人福祉施設 ・ 介護医療院 ・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護老人保健施設 ・ 地域密着型介護老人福祉施設																				
	所 在 地	〒 電話番号																				

主 治 医	医療機関の名称	〇〇病院																				
	医療機関の所在地	〒624-0853 舞鶴市字南田辺1番地 電話番号 0773-77-2253																				
	主治医氏名	〇〇先生(〇〇科)																				

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみが記入してください。

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・要支援認定に係る調査内容、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、舞鶴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、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。

被保険者本人氏名 舞鶴 太郎

市記入欄																					
本人確認 (本・代)	①	個人番号カード	運転免許証	介護支援専門員証																	
	②	被保険者証(国・後・社/介)																			

代理権