

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

階上町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年9月10日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000001234	個人番号	9876543210123			
	医療 保険	保険者名	後期高齢者医療保険		保険者番号	123456	
	被保険者 記号・番号	記号	番号	789101112		枝番	
	フリガナ	ハシカミ タロウ			生年月日	昭和12年3月4日	
	氏名	階上 太郎			性別	男・女	
	住所	〒039-1201 階上町大字〇〇字□□1番地			電話番号	0178-12-3456	
	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」を選択してください)	はい・いいえ				
		「はい」の場合、申請日					
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	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	～				
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	～				
	医療機関等の名称等・所在地	期間	～				
	医療機関等の名称等・所在地	期間	～				

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・介護医療院・家族)				
	住所	〒123-4567 階上町大字△△字◇◇2番地		電話番号	090-1234-5678	

主 治 医	主治医の氏名	臥牛 次郎		医療機関名	つつじ病院	
	所在地	〒012-3456 階上町大字◎◎1番地		電話番号	98-7654	

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、主治医意見書、階上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、階上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。

(更新申請のみ)現在の有効期間内に認定がされるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 階上 太郎 代筆者氏名 階上 花子 (続柄 長女)