

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

記入例

会津美里町長  
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被保険者番号		<p><b>被保険者(介護を受ける方)の介護被保険者番号・氏名・住所・生年月日・医療保険証情報等を記載ください。</b></p> <p><b>申請年月日は申請書提出日でお願います。</b></p>						
医療保険	保険者名							
	被保険者証		記号					
フリガナ								
氏名								
住所								

大 保 険 者	*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				
	前回の要介護認定の結果等	有効期	<p><b>更新申請の方のみ</b></p> <p><b>現在の要介護度・有効期間を記載ください。</b></p>			
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元 現在、転(既に認定				

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	年 月 日	~	年 月 日
	介護保険施設	<p><b>過去6か月間に入所・入院をしていた場合は医療機関名・期間を記載ください。</b></p>			
	医療機関等				
	有 ・ 無				

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)			
	住所	<p><b>提出代行者の欄は記載の必要はありません。</b></p>			

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名	<p><b>主治医の氏名・医療機関は必ず記載してください。</b></p>		

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	
医療保 特定	<p><b>65歳未満の方は医療保険情報の記載をお願いします。</b></p>

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 見 、 及 び 主 治 医 意 見 書 を 、 町 か ら 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー に 介 護 保 険 施 設 の 関 係 人 、 主 治 医 意 見 書 を 記 載 し た 医 生 に お し よ う す。 にか ター 師 又	<p><b>被保険者(介護を受ける方)の氏名を記載ください。</b></p> <p>本人氏名</p>
---	--

# 認定調査について

要介護認定の為に、あなたの心や身体に関する74項目について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きします。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

## 調査時の連絡先

下記の連絡先に日程調整の連絡をいたします。

※土日祝日、平日の9時前、17時以降の調査はお受けできません。ご了承ください。

氏名	_____
電話番号	_____
同席の有無	有(氏名 _____) ・ 無

申請書記載者の氏名・電話番号等を記載してください。  
同席の有無も忘れずに記載してください。

## 新規申請の方

介護サービスが必要とな

### 新規申請の方のみ

なぜ介護申請に至ったのか理由を記載ください。  
(例) 認知症が進行したため。等

あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳等が必要ですか。

- (1) 必要。
- (2) 必要な

### 自由記載欄

被保険者(介護を受ける方)の前では言いにくいことや住所地以外に居住している等がありましたら記載ください。

その他認定調査  
たら、その内容  
\* 入院  
枠内は

どがありまし  
い場合は

この用紙は、調査員(町依頼先の居宅介護支援事業者等職員)による認定調査において、ご家庭などへの訪問日程をお伺いするものです。必ず記入してください。