

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

四万十市長様  
次のとおり申請します。

注意：

必ず本人・ご家族の了承を取ってから  
申請してください

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個 人
	医療保 険	介護保険証に記載の10ケタの番号 ※0は省略でも大丈夫です。										保 険 者 番 号
	フリガナ											番 号
	氏名											枝 番
	住所	〒 -										電 話 番 号
	前回の要介護 認定の結果等	ビル名・マンション名まで 記入してください。	2	要介護	1	2	3	4	5			
場合のみ記入	有効期間	年 月 日から			年 月 日まで							
※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 [ ]											
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												
介護保険施設の名称等・所在地												
介護保険施設の名称等・所在地												
医療機関等の名称等・所在地												
医療機関等の名称等・所在地												
有・無												

病院は**病棟**も記入してください。  
期間は退院、退所日不明の場合は  
「現在」や「未定」と記入してください。  
※6ヵ月以内に入所・入院がなければ、  
記入は不要です。

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） ※本人以外の方が申請する場合は 記入してください。									
	住 所	〒									

定期的に（1、2ヵ月に1回）  
受診されている病院名・医師名を  
記入してください。  
※提出代行の場合は本人に  
受診しているか確認してください。  
※3ヵ月以上受診していない場合は  
意見書を記入してもらるか、  
事前に主治医に確認してください。

主治医の氏名											医 療 機 関
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

※40歳から64歳の方は**特定疾病名**を主治医に確認の上、記入してください。保険証のコピーも提出してください。

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、四万十市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計画を、四万十市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護支援事業者、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支援事業者、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。

※代筆した場合は、本人氏名の下に  
代筆者の氏名・本人との関係を記入してください。

本人氏名

代筆

続柄

※裏面にもご記入ください

