

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

千歳市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 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	〒										電話番号										
保	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2										
	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日から 年 月 日																				
険	介護保険施設、医療機関等への入院又は入所（短期入所を除く。）の有無	有	種類	介護保険施設 ・ 医療機関 ・ その他																		
			名称																			
者	※どちらかに○を付け、「有」の場合は必要事項を記入してください。	無	所在地																			
者	介護補償給付等の受給の有無	有										無										
	※どちらかに○を付け、「有」の場合は直近の介護補償給付等の支給決定通知書の写しを添付してください。																					

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）																		
	住所	〒										印								
		電話番号																		

訪 問 調 査	連絡先	電話番号																
	特記事項																	

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

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 ※医療保険被保険者証の写しを添付してください。

医 療 保 険 者 名											保険者番号											資格取得日	年 月 日									
											記号番号																					
特定疾病名																																