介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書　（更新）

（あて先）一宮市長
次のとおり申請します。

申請年月日	令和　　年　　月　　日

申請者氏名		本人との関係	
住　　所	連絡先 （　　）　　―		

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）
	住　所	電話番号 （　　）　　―

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ 氏　　名		生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　　所	〒 １．申請者に同じ ２．一宮市	電話番号 （　　）　　―	
	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	
			有効期限　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日	
	現在入所中の介護保険施設、医療機関の有無	施設名	※　入所中（入院中）を含む。	
		所在地	〒 電話番号 （　　）　　―	
	有　・　無	期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日	

主治医 （意見書依頼先）	氏　　名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号 （　　）　　―		
	受診状況	１．定期的に受診中	２．以前受診していたが、最近は受診していない	３．未受診

医療保険保険者名	□ 一宮市国民健康保険　□ 一宮市後期高齢者医療保険 □ その他（保険者名：　　）			保険者番号		
被保険者証	記号		番号		枝番	
特定疾病名		※　第２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）の方は、左記の欄を記入するとともに、加入している医療保険証を提示してください。（コピーでも可。ただし、必ず本人の氏名が分かるようにして下さい。）				

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、及び主治医意見書を、一宮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若しくは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。また、更新申請において、現認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から３０日を超える認定までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名

申請される方は、太枠内をすべてご記入ください。

情報提供	入力	一次	意見書	調査票	資格者証	受付

調査依頼事業者