

介護保険

世田谷区長 あて  
次のとおり申請します

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

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関係		
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)				
申請者住所 *本人申請の 場合は記載不 要	〒		電話番号	自宅	勤務先・携帯

認	被保険者番号 (10桁)			個人番号 (12桁)			
	フリガナ						
定	本人氏名						
	生年月日	年	月	日( )	性別		
を	住所 (住民票上の)	〒		電話番号	自宅	勤務先・携帯	
	上記住所以外で 現在滞在してい る場所	〒		電話番号			
け	前回の要介護 認定の結果等 *更新申請の 場合のみ記入	要介護状態区分等					
		有効期間	年	月	日	から 年 月 日 まで	
人	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く)	有・無	入所施設名				
			所在地				
			入所の期間	年	月	日	から 年 月 日 まで

主 治 医	主治医の氏名			最新受診日	年	月	日
	医療機関名						
	所在地	〒		電話番号			

医 療 保 険	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)のみ記入

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必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、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世田谷区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、入居型の居宅サービス事業者、

主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

**本人氏名**

【区記入欄】

本人	番号	1点	2点	3点	代理権
代理人	番カ	番カ	証(介・健保高齢・負担)	キャッシュ・クレカ・通帳	戸籍・委任状
確認者	通力	免許	更新通知・社員証・年金手帳	シルバーパス・診察券・図書カ	証・更新通知
	住記	ケアマネ証	( )	( )	( )