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

東大和市長　殿

次のとおり申請します。　　申請年月日　**令和 6 年 10 月 15 日**

被保険者	介護保険被保険者証	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ	ヒガシヤマト　ハナコ	生年月日	昭和 20 年 10 月 15 日	
	氏名	東大和　花子	性別	女	
	住所	〒 207-8585 東大和市中央３－９３０ 電話番号　042-563-2111			
	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 有効期限　令和5 年　日		
		＊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［ 現在、転出元自治体に要介護・ （既に認定結果通知を受け取っ 「はい」の場合は、申請日　年　月　日		
	過去６か月の介護保険施設、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		
		介護保険施設等の名称等・所在地 〒	期間 年　月　日 ～　年　月　日		
		医療機関等の名称等・所在地 〒	期間 年　月　日		
	無	医療機関等 〒	期間 年　月　日		

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・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院） **○○事業所**
	住所	〒 207-8585 東大和市中央９－９３０

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

特定疾病	

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会の意見及びその理由、東大和市から高齢者ほっと支援センター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業者の管理人、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があります。

また、認定結果を東大和市から高齢者ほっと支援センター（地域包括支援センター）に結果を伝えることがあります。

同意の場合は、右欄に署名をお願いします。

本人氏名	東大和　花子
代筆者氏名	東大和　春子　　本人との関係（　長女　）

個人番号、医療保険の項目は、わかる範囲で記入してください。

更新申請の方は現在の状態区分と有効期間を記入してください。

転入元自治体で介護認定を受けられている方（申請中の方含む）は必要事項を記入してください。

入院又は入所されている場合は、こちらを「有」として、介護保険施設や医療機関等の名称等・所在地、期間を記入してください。

65歳未満で介護認定申請をする場合は、特定疾病の名称を必ず記入してください。

本人の署名の他、代筆者がいる場合は、代筆者氏名と本人との関係を記入してください。