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 8 年 4 月 1 日

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。

主治医の氏名・医療機関名は必ず記入してください。

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。

本人氏名を記入してください。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。

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		

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 4 月 1 日 から 令和8 年 5 月 30 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

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
医療機関等 〒	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	東　大和	医療機関名	◎◎病院
所在地	〒 207-8585 東大和中央9-930 電話番号 042-563-2111		

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…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…の情報を、東大…ビス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等…設、介護予防支…居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施…係る医師又は認…サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に…報基盤経由で電子的に行う場合も含む。）ことに同意します。

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 ）