

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

宇治市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	000	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		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 事業対象者 有効期間 年 月 日 から 年 月 日		
	介護保険施設・医療機関等入院入所の有無（短期入所を除く）	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 から	
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日 から	

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・指定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） 印
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	〒 電話番号

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	番号

\* 提出代行者の場合は、記載不要

提 出 者	氏 名	本人との続柄
	住 所	電話番号

\*「要支援1」「要支援2」の認定結果となった場合、地域包括支援センターが介護予防サービス計画の作成等を行います。「非該当」となった場合も、要介護状態になることを未然に防ぐための地域支援事業の対象者となる場合がありますが、地域包括支援センターが対象者の把握を行っています。

以上の趣旨のもと、本申請の認定結果が「要支援1」「要支援2」又は「非該当」となった場合、宇治市から私の住所を担当地域とする地域包括支援センターに、「認定結果」及び「住所、氏名、性別、生年月日、連絡先」等の情報を提供することに同意します。

介護保険の要介護認定に係る主治医意見書を記載した主治医が、私の日常生活を支援していくために認定結果を求められた場合、当該主治医に対して宇治市が認定結果を提供することに同意します。

被保険者氏名