

旭市介護保険

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

旭市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和8年 4月 1日

介護保険 被保険者番号	0000012345	個人番号																				
医療 保険	保険者名	〇〇〇〇〇〇										保険者番号	01234567									
	被保険者	記号	01234567										番号	0123456			枝番	01				
フリガナ		アサヒ タロウ										生年月日		明・大・ <u>昭</u> 1年 1月 1日								
氏名		旭 太郎										性別		<u>男</u> ・女		年齢		96歳				
住所		〒289-2595 旭市二の2132番地										電話番号 0479-62-1212										
被 保 険 者	※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									
	前回の要介護 認定の結果等		有効期間 年 月 日から 年 月 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・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
過去6月間の介護 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												期間		年 月 日 ～ 年 月 日						
		所在地	〒	電話番号																		
有・無		医療機関等の名称		〇〇病院										期間		令和7年12月25日 ～ 令和8年2月28日						
		所在地	〒289-〇〇〇〇 旭市〇〇〇〇	電話番号0479-〇〇-〇〇〇〇																		

提出 代行 者	名称	該当に〇（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															

主 治 医	主治医の氏名	海上 次郎					医療機関名	〇〇クリニック									
	所在地	〒289-〇〇〇〇 旭市〇〇〇〇					電話番号 0479-〇〇-〇〇〇〇										

第2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 名																	
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、主治医意見書、旭市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サー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の情報を、旭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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防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、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 旭 太郎

(代筆 旭 花子 続柄 長女)