

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

寒河江市長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		
認定結果通知書送付先	1 本人 2 申請者 (いずれかを○で囲んでください。)		

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号														
	医療 保険	保険者名											保険者番号													
		被保険者証	記号											番号											枝番	
	フリガナ											申請年月日	年 月 日													
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日													
												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・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																
		有効期間	年 月 日から										年 月 日まで													
	過去6月間の介護保 険施設、医療機関等 の入所、入院の有無 (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 ~ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地										期間	年 月 日 ~ 年 月 日															
有 ・ 無																										

提 出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)																		
	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歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を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若しくは介護保険施設の関係人、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に同意します。

更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____