

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

上ノ国町長様

次のとおり申請します。

申請者氏名	本人との関係	申請年月日	平成 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・ 介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印		
申請者住所 (※本人申請の場合は記載不要)	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	被保険者氏名			性別	男 ・ 女			
	現住所	〒 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	要支援( 1 ・ 2 ) 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) 経過的要介護					
		有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)	有	入所施設名 所在地						
	無							

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	

介護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・要支援認定にかかる調査内容、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、居宅介護支援事業所、介護保健施設、居宅サービス事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

次回 受診日	/ 入院中 ・ 入所	意見書依頼	認定調査依頼

本人氏名