

# 介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書 〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

上ノ国町長 工 藤 昇 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
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)	
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
	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 )						
	有 効 期 間	年 月 日 から					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	意見書依頼	認定調査依頼
		入 所		

本人氏名