

介護保険 [] 申請書

要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定

住田町長 神田 謙一 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) 印				
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____				

被 保 険 者	被保険者番号											※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要
	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					要支援状態区分 1 2					
	※要介護・要支援更新認定場合のみ記入	有効期間 年 月 日 から 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	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
		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	医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日					

主治医	主治医の氏名						医療機関名					
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____										
老人保健番号	27030808	老人保健受給者番号(老人保健受給者のみ)										

医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号					
特定疾病名											

特定疾病は第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方のみ記入

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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

印