

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

平生町長 様  
次のとおり申請します。

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号			申請年月日	年 月 日		
	医療 保 険	保険者名			保険者番号		
	被保険者証	記号			番号		
	フカナ			生年月日			
	氏 名			性 別			
	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	有効期間		から		
	* 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、申請書 年 月 日					
介護保険施設 入院・入所の 有無 (短期入所を 除く)	有	入院・入所施設名					
		所在地					
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名					
		所在地					

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・介護医療院)				
	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、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。

本人・または家族氏名

※ 下記に記入をしてください。

・調 査 家族の同席希望 なし・あり〔 〕

・結果通知先  本人住所  その他の住所〔 〒 〕

要支援・非該当の場合、地域包括支援センターを通じて結果通知を受け取ることを希望します。