

介護保険 [認定 ・ 更新認定 ・ 区分変更認定] 申請書

出雲崎町長 様

次のとおり申請します。	申請年月日	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・介護医療院)	
申請者住所	〒 電話番号	

被 保 険 者 (申請者が本人の場合、住所・電話番号不要)	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		生年月日	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 (変更・更新の場合のみ記入)		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			
介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)		入院、入所施設名			
有 ・ 無		施設所在地			

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。
申請から30日以内に認定されない場合、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意します。(更新申請の場合のみ)

本人氏名