

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

乙部町長 寺 島 努 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											申請年月日	令和	年	月	日						
	氏 名											生年月日										
												(年齢 歳)										
	住 所	〒										性 別										
		(入院・入所中)											電話番号									
	連 絡 先 (住所・氏名)	〒																				
		氏名 () 本人との関係 ()										電話番号										
	調査時の立会い 希望する・希望しない											結果送付先 自宅・連絡先・下記施設										
	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					1	2	3	4	5	要支援状態区分					1	2				
(前回認定日 令和 年 月 日)																						
有効期間											年	月	日	から	令和	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								
	介護保険施設の名称等・所在地											年	月	日								

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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					次回受診日
	所在地	〒														午前・午後	
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																

同 意 欄	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、及び主治医意見を、乙部町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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、															
	<input type="checkbox"/> 同意します。								<input type="checkbox"/> 同意しません。							
	※更新申請の方のみ															
認定結果通知が申請から30日を超える場合でも、有効期間内であれば、延期通知を省略することに、																
<input type="checkbox"/> 同意します。								<input type="checkbox"/> 同意しません。								
本人氏名																