

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

北海道中川町長 様
次のとおり申請します。

										個人番号											
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																				
フリガナ										フリガナ											
氏 名										性 別											
住 所										〒											
										電話番号											
被 保 険 者	* 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								
	前回の要介護 認定の結果等		有効期間		月		日		から		月		日								
	* 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)						
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									
										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									

医療保険情報の記入が必要となります。保険証で確認し記入してください。

記載が難しい場合、空欄のままにしてください。

介護保険被保険者証に記載されている内容を記入してください。

申請者氏名										印		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										〒									

事前に医師に意見書作成の了承を得てください。

主 治 医										主治医の氏名					医療機関名				
										所 在 地					〒				

64歳以下(第2号被保険者)の方は、特定疾病名を記載してください。

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																			

同意いただけない場合を除き、署名をお願いします。本人が署名することが難しい場合は、提出者に代筆いただき、代筆者署名もご記入ください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業内容、介護認定審査会による判定結果・意サービス事業者若しくは介護保険施設の長することに同意します。

本人署名 _____

代筆者署名 _____

裏面もご覧ください

