

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

土佐町長 和田 守也 様 次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 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	明・大・昭	年	月	日	
	氏名				性 別		男 ・ 女			
	住 所				電話番号					
	認定結果通知の送付先 <small>※上記の住所とは別の場所へ送付を希望する場合</small>			住所 〒	氏名					
				電話番号						
	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>		要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2			
			有効期間				年 月 日 から 年 月 日			
過去6ヶ月の介護保険施設医療機関等の入院、入所の (有・無)			介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日 ～ 年 月 日				

※14日以内に他市町村から転入した方のみ記入

転出元市町村名 []

現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ
(すで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、申請日 令和 年 月 日

提 出 代 行 者	(該当に○) 名 称	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	
	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	

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

【本人同意欄】

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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。また、療養に必要な場合は、関係する医療機関等に認定に関する情報を提供することに同意します。

本人の依頼に基づき、本人同意欄に代筆します。

本人氏名 (代筆者 本人との関係)

家族等連絡先 氏名 本人との関係 ()

住所 電話番号

* 調査時の家族等立ち会い希望の有無
有 ・ 無 (立会者 : 本人との関係)