

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

佐々町長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名			本人との関係
提出代行者 名称	該当に (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)		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

被 保 者	被保険者番号	申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要									
	フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日									
	氏名	性別 男 ・ 女									
	住所	〒 _____									
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援			
	要介護・要支援更新 認定場合のみ記入	有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日
介護保険施設 入所の有無	有	入所施設名 _____									
		所在地 _____									
(短期入所を除く)	無										

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

医療保険者名	医療保険被保険者記号番号 _____									
特定疾病名										

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_