

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

天龍村長 殿

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号										申請年月日	令和	年	月	日		
	フリガナ										生年月日			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 <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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2															
		有効期間 令和 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 有・無	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年	月	日	年	月	日
	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年	月	日	年	月	日
	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年	月	日	年	月	日
	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年	月	日	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 () - 印													

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名					
	所在地	〒 電話番号 () -															

第二号保険者(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																

介護サービス計画または介護予防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・要支援認定に係る調査内容、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、保険者から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も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、また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。

本人氏名