

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

大野市長 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															
	氏名															年 月 日															
	住所										電話番号																				
	前回の要介護認定の結果等										要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2																				
											有効期限										年 月 日 から 年 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。 (既に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・いいえ 「はい」の場合、申請日 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										介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日								
医療機関等の名称等・所在地													期間 年 月 日～年 月 日																		
無																															

提出代行者	名 称																		
	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	
-------	--

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、大野市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。

本人確認	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 使者	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状
	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 負担割 <input type="checkbox"/> 年手				<input type="checkbox"/> 介護保険証
	<input type="checkbox"/> 専門員証 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> その他

本人氏名 _____