

介護保険 要介護認定更新・要支援認定更新 申請書

大村市長 様

次のとおり申請します。

										個人番号											
被 保 者	被保険者番号										申請年月日		年 月 日								
	フリガナ										生年月日		年 月 () 日 歳								
	氏 名										性 別										
	住 所										〒		電話番号								
	前回の要介護認定の結果等 * 要介護・要支援更新認定場合のみ記入										有効期間		年 月 日 から 年 月 日まで								
	介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無										有	入院・入所施設名		所在地							
										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								

申請者氏名			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）			印
申請者住所	〒		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	

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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、大村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。

要介護認定・要支援認定に係る更新申請について、認定の有効期間内に認定を行うことができるときは、申請日から30日を超えて認定を行うときでも延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 _____