

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

(宛先) 向日市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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										
	フリカゝナ												生年月日		明・大・昭 年 月 日																							
氏名												性別		男 ・ 女																								
住所		〒 ー										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 ～ 年 月 日																																			
			<small>※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入</small> 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 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				介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日																							
有 ・ 無		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																										
		医療機関等の名称等・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・介護医療院)																			
	住所		〒 ー										電話番号									

主 治 医	主治医の氏名												医療機関名											
	所在地		〒 ー										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(予防)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・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、介護予防支援事業者、介護保険施設等の職員、主治医意見書を記載した医師に提示又は写しを交付することに同意します。また、更新申請において、申請日から30日を超える場合でも、有効期間内に要介護・要支援認定が行われるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 _____