

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) 柳井市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 記号・番号	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 柳井市										電話番号		ー											
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		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 から 年 月 日																					
	過去6月間の 介護保険施設、医療機関 等への入院、入 所の有無		※14日以内に 他自治体から 転入した者の 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。 はい・いいえ (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)																					
有 ・ 無		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() ー									

主 治 医	主治医氏名											医 療 機 関 名										
	所 在 地	〒 ー 電話番号() ー																				

2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、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。
- 認定結果を、主治医意見書を記載した医師及び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。
- 更新申請において、現在の認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から30日を超えて処分を行う場合であっても、認定までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人氏名

受		処	
付		理	