

介護保険（要介護・要支援）認定・更新申請書

久慈広域連合長 様
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____	
提出代行者名称 (事業所代行時のみ)	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・介護医療院)	
提出代行者住所 (事業所代行時のみ)	〒 _____ 電話番号 _____	

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 年 月 日		
	氏名		性別	男 ・ 女		
	連絡先 (昼間連絡できる所)	氏名： _____ (本人との関係： _____) 電話： _____				
	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
		※14日以内に他自治体 から転入した者のみ記入	有効期間	年 月 日 から 年 月 日		
	現在地 (自宅以外)	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 名称： _____ 住所： _____				
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))				
		「はい」の場合、申請日 _____ 年 月 日				

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____		
	最終診療日	年 月 頃		

※主治医がいる場合、主治医の氏名等を申請者が記入のこと

第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久慈広域連合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、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合には、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 _____ (印) 代筆者氏名 _____ 続柄 ()

※署名(自筆)の場合は、押印する必要はありません。