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

美.	馬	市	長	様

	請年月	目	年	月
--	-----	---	---	---

次のとわり中請します。 申請年月日													牛	•	月									
	被保険者番号										個人	人番号												
	フリガナ			•	•		•			•	生生	平月 日				•		•		年	Ξ.	月		日
	氏 名										性別					į	男		,	女				
被	住 所	₹									•									電	電話番号			
			介護の場	新	要介護	状態	区分	1		2	3	4	5		要	支援	状態	悠区	分	-	1	2		
保	前回の要介護認	がたのみ			有効期	間			:	年	月	目	から	ò		年		月		月	まで	Š		
険	に他 から		目以自治転入のみ	体し	見在、	転出		合体に	こ要	介護いる	場合は	で援認気 「いいえ」 O場合、	を選	軽択して					<u>はい</u> 年		<u>() ()</u>			日
let.		有	入	院・プ	入所施	設名																		
者	介護保険施設入	拖設入		在地																				
	院入所の有無	無	介	護保隆	负施 設	以外	の入院	它医療	接	関名	・入戸	「施設名	1											
			所	在地																				

提出代行者 名 称	該当に〇(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) ⑤
住 所	電話番号

主	治	医	主治医の氏名		医療機関名	
	ſΠ		所 在 地	Ŧ		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	医療保険被保険者記号番号	
特定疾病名		

①私は、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美馬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。

②(更新申請の場合のみ)私は、今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有 効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

> 本人氏名 代筆者氏名 (続 柄)