

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

北広島町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0	個人番号											
	フリガナ													
	氏名	生年月日			明・大・昭 年 月 日									
		性別			男・女									
	住所	〒 731 - 北広島町 電話番号 () -												
	前回の要介護 認定結果	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日												
現在 おられる場所 (○印)	1. 自宅 2. 病院・施設等 [名称:] 〒 - 電話番号 () - 入院・入所日:平成・令和 年 月 日～ 退院・退所見込日:令和 年 月 日頃 3.その他													

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										
	住所	〒 - 電話番号 () -										

主 治 医	医療機関名											氏名	
	所在地	〒 - 電話番号 () -											

※ 主治医の記入に際しては、医師の了解を得るようお願いします。

※ 認定には主治医の意見書が必要となりますので、申請後は必ず主治医の診察を受けてください。

40歳以上65歳未満の方は記入してください

医療保険者名											保険者証番号	
特定疾病名												

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成する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又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。主治医意見書記載医師が希望した場合は、判定結果を提供することに同意します。

被保険者

代筆者 住所

氏名 印

電話番号 () -

※平日の昼間に確実に連絡がとれる番号を記入してください。

本人との関係

調査時の立会いを (希望する ・ 希望しない)