

(
)
  
**介護保険**
要介護認定・要支援認定
申請書
  
要介護更新認定・要支援更新認定

上天草市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 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										
		被保険者証	記号						番号						枝番								
	フリガナ												生年月日	年 月 日									
	氏 名												年齢	歳									
	住 所		〒 ー 上天草市										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			
													有効期間					年 月 日	から				
			※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [ ]										現在、転出元自治体で要介護・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「はい」を選択してください) はい・いいえ									
													「はい」の場合、申請日					年 月 日					
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等の 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間					年 月 日	～	年 月 日				
		介護保険施設等の名称等・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				
		医療機関等の名称等・所在地										期間					年 月 日	～	年 月 日				
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間					年 月 日	～	年 月 日				

申請者氏名											被保険者との関係										
申請者住所	〒 ー										電話番号										
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、介護医療院										印										

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歳までの医療保険加入者)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及び意見並びに主治医意見書を、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同意します。

(更新申請の場合のみ) 申請から30日以内に認定がなされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

市記入欄	入力年月日	被保険者証	資格者証
	.	回収・未回収	発行・未発行

被保険者氏名(署名) \_\_\_\_\_

代筆者氏名(署名) \_\_\_\_\_

