

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

津野町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	
申請者氏名			本人との関係
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		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											
	医 療 機 関	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											
	氏 名											性 別						年 齢					
	住 所	〒 _____										電話番号 _____					※現在この住所にお住まいで ですか はい いいえ						
	前回の要介護認 定の結果等	要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援状態区分					1	2					
	*要介護・要支援更新認 定場合のみ記入	有効期間					年 月 日 から					年 月 日											
	※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、転出元自治体に要介護・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「いいえ」を選択して下さい） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 _____ 年 月 日																					
	施設または病院 入院・入所の有無	介護保険施設の 名称等・所在地 _____ _____																					
有 ・ 無	医療機関等の 名称等・所在地 _____ _____																						

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所 在 地	〒 _____										電話番号 _____										

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															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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津野町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また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。

家族の立会希望	希望する・希望しない					本人氏名	_____
立会希望曜日	月	火	水	木	金	代筆者氏名	_____
	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後		
立会希望者 氏名 連絡先						代筆者続柄（ _____ ）	

