

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。

申請者氏名	津野山 太郎	申請年月日	R7. 4. 5
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)	本人との関係	長男
申請者住所	〒785-0595 津野町力石2870番地	電話番号	0889-62-2317

申請に来た方について記入してください。
※提出代行者名称は介護事業者が代行する場合に記入してください。

※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

介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
医療機関 保険者名	後期高齢者医療	保険者番号	○○○○○○
被保険者番号	記号	番号	○○○○○○ 枝番
フリガナ	ツノヤマ ハナコ	生年月日	S13. 4. 1
氏名	津野山 花子	性別	女 年齢 87
住所	〒785-0201 津野町永野471番地 電話番号 62-2314	※現在この住所にお住まいですか 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	令和6年 5月 18日 から 令和7年 5月 31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	
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	津野町力石12345番地 介護老人福祉施設 津野	
有・無	医療機関等の 名称等・所在地	「はい」の場合、申請日 年 月 日	

認定を受けようとする方について記入してください。
住民票のある住所を記入してください。

前回の要介護度、有効期間を記入してください。

転入された方のみ記入してください。

主治医(かかりつけの医師)の氏名及び病院名を記入してください。

主治医	主治医の氏名	葉山 次郎	医療機関名	葉山医院
	所在地	〒785-0595 津野町力石2870番地	電話番号	0889-62-2311

第1号被保険者(65歳以上の方)は記入不要です。

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	
-------	--

介護認定調査にあたり、立会に希望する、希望しないどちらかに○をいれてください。
立会希望の方は立会ができない曜日には×を記入し、立会い可能な曜日には○を記入してください。
立会される方の氏名、連絡先を必ずご記入ください。

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へ提出し、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、主治医意見書提出者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。申請から10日以内(申請書の提出後)に提出しない場合、現在の有効期間内であれば、認定等遅延通知書を省略することに同意します。(申請のみ)

家族の立会希望	希望する・希望しない
立会希望曜日	月 火 水 木 金 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	津野山 太郎 090-0000-0000

本人氏名 津野山 花子
代筆者氏名 津野山 太郎
代筆者続柄 (長男)

本人が署名してください。
できなければ代筆してください。