

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



揖斐広域連合長 様

次のとおり申請します。

(注)申請者氏名及び本人との関係は家族申請の場合に記入

申請者氏名		本人との関係		申請年月日	年	月	日	
提出代行者 名称	※該当に○(地域包括支援センター・指定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)							
住所	〒 -		電話番号() -					
被 保 険 者	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	性別	
		氏名				明・大・昭	年	月
		住所	〒 -		電話番号() -			日
		性別						男・女
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				
	有効期間		年	月	日	から	年	月
			年	月	日			
現 在 の 状 況	□居宅		□介護保険施設入所		□短期入所・医療機関入院等			
	入所・入院先の施設名()							
	※□に✓をつけて下さい							
主 治 医	医療機関名				医師名			
	直近の受診日		年	月	日	診療科目	科	
	所在地		〒 -		電話番号() -			

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

情 報 提 供 同 意 署 名 欄	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、揖斐広域連合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。(本人が署名できないため、署名を代行する場合には、署名代行者の氏名をあわせてご記入ください。)		
	本人署名	署名代筆者氏名	(本人との関係)

※窓口記入

申請区分	新規・更新・転入	資格者証	発行済・未発行
被保険者証	有・無	保険料	
番号確認	□個人番号カード □通知カード □住民票 □その他()		
身元確認	1点 □個人番号カード □運転免許証 □障害者手帳 □その他()		
	2点 □介護保険証 □健康保険証 □年金手帳 □その他()		

