

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

香芝市長様 次のおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0									申請年月日	平成	年	月	日					
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日							
	氏名																	性別	男	・	女			
	住所	〒											電話番号											
	現在の要介護	要介護状態区分											1	2	3	4	5	要支援						
	状態区分等	有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日				
	現在の入所 ・ 入院状況	あり ・ なし	名称						期間	平成		年		月		日から		平成		年		月		日まで
所在地																								

主 治 医	主治医氏名						医療機関名					
	所在地	〒					電話番号					

介護サービス計画を作成するために必要があるときには、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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、主治医の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。

代筆者による署名の場合は、代筆者署名も記入してください。

本人署名 _____ (代筆者署名 _____)

特定疾患名	第2号保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入してください。
-------	---------------------------------------

提 出 代 行 者	名称	該当に（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				

裏面も記入してください

