

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

壬生町長 小菅 一弥 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 記号・番号	記 号										番 号						枝 番					
	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											
	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 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・ 医療機関等入院 入所の有無		介護保険施設の名称等 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		期 間 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・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・介護医療院)									
	住 所	〒									
		電 話 番 号									

主 治 医	主治医の氏名											医 療 機 関 名			
	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										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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・意見、及び主治医意見書を、壬生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。また、介護認定が、申請日から30日を超える場合には、認定日の見込みとその理由の通知(延期通知)を送付することになっていますが、更新申請で、有効期限内に認定された場合は30日を超えて認定を行っても延期通知を省略することに同意します。

本人氏名