

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（更新）

（あて先）多気町長

次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
		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・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・電話番号は不要

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		明治		大正		年 月 日		性別		男・女		
	氏名												昭和		年 月 日										
	現住所		〒 多気町 電話番号																						
	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																	
			有効期限 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																						
	介護保険施設 医療機関等 （短期入所除く）		施設（医療機関）名																						
所在地																									

主治医	医療機関名												主治医師名											
	所在地		〒 電話番号																					

調査立会	・希望する（被保険者との関係 ） ・希望しない																	
調査連絡先	・被保険者宅と同じ ・その他（氏名： 関係： ） Tel																	
調査場所（現住所・入院先と異なる場合）																		

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

介護サービス計画を作成する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、要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又は介護保険施設の関係者に提示することに同意します。

本人氏名 _____