

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

早 島 町 長 様

次のとおり申請します。

申請日

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		〇〇〇〇〇〇	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・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 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>		要介護状態区分		1	2	3	4	5	経過的要介護		要支援状態区分		1	2	
			有効期間		年		月	日	から		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	
			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		医療機関等の名称等・所在地				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・指定介護療養型医療施設）												
	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 ※保険証の写しを添付してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

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、早島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。

本人氏名

代筆者氏名

※裏面もご記入ください。

