

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

直方市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

被 保 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・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 1 2 3 4 5	調査の立会者	有 無	立会者の氏名	本人との関係
	* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間		年 月 日 から	年 月 日	
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院入所の有無	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			

申請者氏名	自署もしくは押印をお願いします	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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)	
申請者住所	〒	
	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2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険被保険者証が必要です。

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は必要があるときは、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、直方市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。

本人署名	代筆者署名	(本人との関係)
(本人署名欄を代筆した場合)		

