

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

田辺市長 宛

次のとおり申請します。

保険者 確認欄	申請入力	意見書依	調査日	受 付
	/	/	/	
申請年月日		令和 年 月 日		

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) 氏 名		生年月日			大・昭・平 年 月 日	
	住 所		性別				
	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	
過去6ヵ月間の介護保険施設(医療機関)の入院の有無		介護保険施設等(医療機関)の名称・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日		
有・無		介護保険施設等(医療機関)の名称・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日		

提 出 代 行 者	名称	(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・介護医療院・小規模多機能型居宅介護支援事業者・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・看護小規模多機能型居宅介護)
	住所	〒 電話番号

新 再 施

受診予定日

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

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、田辺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、地域密着型サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業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。

認定結果の送付先の有無	有	無
送 付 先	〒	
	続柄	電話

本人氏名

申請者氏名

続柄 ()

※この申請により取得した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。