

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

会津若松市長

要介護(更新)認定・要支援(更新)認定を受けたいので、次のとおり申請します。

	提出代行者の場合のみ押印してください。(家族等の場合は押印不要です。)	申請年月日	平成 年 月 日
申請者 (提出代行者)	印	本人との関係	
住所	〒 _____ 電話番号()		

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。

被 保 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日						
		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	経過的要介護	要支援状態区分	1	2	
		有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	
介護保険施設・医療機関等 入院入所の有無 有・無	施設名											
	所在地											

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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

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、本市地域支援事業の実施に関して利用すること、主治医意見書を記載した医師に提示すること並びに介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するときに必要があるときは、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護を除く)を提供する事業者、介護保険施設の関係人及び特定施設入居者生活介護事業者に提示することに同意します。

本人署名 _____

代 筆 _____

医療保険	申請	特定疾病	同意	保険証	意見書	調査

訪問調査等の連絡先	氏名 _____
	電話() _____
	携帯() _____

確実に連絡のとれる方の連絡先をご記入下さい