

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 御 所 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号												
	フリガナ				生年月日	明・大・昭			年	月	日				
	氏名				性別	男			・	女					
	住所	〒 御所市							立ち会い						
		電話番号							有()		無				
除	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					要支援状態区分 1 2								
	有効期限	年 月 日			から	令和	年	月	日						
者	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									
	有・無	階 病棟 室				医療機関等の名称等・所在地									
		階 病棟 室				期間 年 月 日～年 月 日									

提 出 代 行 者	名称							本人との関係	
	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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、御所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。

本人氏名