

第5号様式

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

厚岸郡浜中町長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 平成 年 月 日

被保険者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 生	
			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			
		有効期限 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
	過去6ヶ月間の介 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	該當に○ (居宅介護支援事業所・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

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・意見及び主事意見書を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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。

本人氏名または代理家族氏名

印

確 事 項	住民記録確認	生活保護受給状況確認	概況調査確認	調査員調整課確認	主治医意見書依頼確認	訪問調査終了確認	