

市町受付 広域受付

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

雲南広域連合長 様
次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	平成	年	月	日
申請者住所	〒					
		本人との関係				
			電話番号			

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不用

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・指定介護療養型医療施設)					印
	住所	〒					(担当者:)

被 保 者	被保険者番号										
	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・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・医療機関等入院所(予定含む)の有無	有・無	介護保険施設等の名称・所在地				期間		年 月 日			
						~		年 月 日			
		介護保険施設等の名称・所在地				期間		年 月 日			
						~		年 月 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)のみ記載

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号		
所在地			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、雲南広域連合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も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

処理欄		
申請番号:	調査委託先:	指定医: