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

年 月

日~

年 月

日

ス カ 同 原 凹 長 様 次のとおり申請します。									申請年月日						令和		年		月	日			
	介護保険 被保険者番号				0	0	0	0						1	固人都	番号							
	医 保険者名												保	談者	番号								
	保険	被保	険者証	記号					耆	香号						ŧ	支番						
	フリカ゛ナ												-	生年月	月日	大	• 昭	· 平	年		月	日	
被	氏 名								ŕ	電話者	番号	_			_	<u> </u>							
保	住 所		T									•				•							
			支援更新認				介語	蒦状	態[区分	1	-	2	3	4	5	j	要支持	爰状態	区分	1	2	
険		前回の要介護 認定の結果等		定の場合の み記入	有	効期	限	н •	R		年		月	日	から	s R		年	月		日		
	認力			に他		台体					(市田 自治体			_	・要支	泛援認定	ÉをF] 申請中	です	か。			
者				から転入し た者のみ記 入												いいえ」)場合、			ださい) [: 年	まい ・ !	・ い 目	いえ 日
	温士	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介訂	隻保	険 施	設等	€の 4	名称	等・	所在	地				期間		年	月	日~	年	月	日
	介語 医療			介訂	介護保険施設等の名称等・所在地								期間		年	月	日~	年	月	日			
				医卵	寮機	関等	の名	名 称 争	等 ·	所在	地					期間		年	月	日~	年	月	日
					寮 機	関等	の名	3 称 🕯	等 •	所在	地					期間							

提出代	名	称	該当に〇 (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
行 者	住	所	電話番号

	-	フリガラ	۲	
主治医		き医の		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

特定疾病名

有

無

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久万高原町か 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	代筆者氏名
T 1 H 2	作 事 若 许 多
か 八 以 口	しまれいし