

## 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

邑智郡総合事務組合管理者様  
次のとおり申請します。

該当するものに○

介護保険 被保険者番号		申請年月日		令和 年 月 日		
医療 保険	保険者名	〇〇〇		保険者番号	12345678	
	被保険者証 記号	123		番号	45	枝番
フリガナ		生年月日		明・大・昭 年 月 日		
被 保 者	氏 名	医療保険の番号等を記入してください		性別	男 ・ 女	
	住 所	〒 連絡の取れる電話番号を記入してください 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇				
保 険	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要支 援更新申請等の 場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
		有効期間		年 月 日から 年 月 日		
	*14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	転出元自治体（市町村）[ ]		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） 「はい」の場合、申請日 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 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日		
		養護老人ホーム〇〇 〇〇町1-2				
		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 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日			
〇〇〇病院 〇〇町3-4						
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・介護医療院） 本人以外が提出する場合記入してください
住 所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇 病院
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町4-5 ※主治医の先生の氏名・医療機関名・住所・電話番号を記入 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇		

第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、邑智郡総合事務組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。

※被保険者本人の氏名を記入してください

延期通知の省略に同意する

 ※同意する場合はレ点

本人氏名

邑智 太郎