

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（更新）

常滑市長 様 次のとおり申請します。

										申 請 日		年 月 日		
被保険者番号 0 0 0 0										個人番号				
被 保 険 者	医療 保 険	保険者名		常滑市 ・ 愛知県後期高齢者医療広域連合 ・ その他（ ）						保険者番号				
		被保険者証		記号		番号				枝番				
	フリガナ								生年月日		明・大・昭 年 月 日			
	氏 名								年 齢		歳 性別 男 ・ 女			
	住 所		〒 常滑市 電話番号（ ） -											
	現在生活されているところ		☐ ご自宅（住民登録地） ☐ 入院中（ 病院 病室 ） ☐ その他（ ）						退院予定日（入院中の方） ☐ （ 月 日ごろ） ☐ 未定					

主 治 医	医療機関名			診療科目 主治医名		
	所在地	〒 電話番号（ ） -				
受診状況	☐ 〔 最終診察 月 日頃 / 次回診察 月 日頃 〕 ☐ 入院中					

申請者 〔本人の場合、 氏名のみ記入〕	氏 名			本人との関係		
	住 所	〒 電話番号（ ） -				
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）					
申請代行の 説 明	年 月 日		申請代行の説明を行った人			
			説明を受け申請を依頼した人			

※ 2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						
-------	--	--	--	--	--	--

同 意 書	1 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、常滑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。 2 個人番号、医療保険情報の記載が無い場合は、職員が住民基本台帳等の確認を行ったうえで、申請書欄に補記することに同意します。 3 今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み等を通知する書面を省略することに同意します。					
	本人氏名 代筆者氏名 続柄（ ）					

※保険者記入欄

--	--	--	--	--	--

