

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

二戸広域行政事務組合管理者 殿

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		申 請 年 月 日	平 成	年	月	日	
	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 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 1・2				
		有効期間		平成	年	月	日	から
			平成		年	月	日	
	過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地		期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
		医療機関等の名称等・所在地		期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地		期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
後 期 高 齢 者 医 療 保 険 者 番 号			後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 者 番 号					

申請者氏名				本人との関係			
提 出 代 行 者	名 称	該当するものに (地域包括支援センター・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					
申 請 者 住 所		〒					
		電話番号					
家 族 等 連 絡 先		氏名		本人との関係			
		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			

介護サービス計画又は介護予防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、及び主治医意見書を介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又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

印