

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

大竹市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

保 險 者	被保険者番号							個人番号												
	フリガナ	-----										生年月日	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 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援状態区分					1	2		
		有効期限										年 月 日 から				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	介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日		～	年 月 日				
	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		年 月 日		～	年 月 日				
	有 ・ 無										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	〒		
	意見書作成の承諾	有 ・ 無	次回受診日	月 日 ・ 未定

認定調査時の 立会い希望 (有 ・ 無)	立会い者氏名 _____ (続柄 _____) 電話番号 _____		
	調査場所 (○で囲む)    ・ 被保険者住所    ・ その他 ( _____ )		

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)												
	住 所	〒												
		印												
		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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

## 同意書

私は、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、認定調査票の写し、主治医意見書の写し及び介護認定審査会による判定結果・意見を、つぎの提供先又は主治医意見書を作成した医師に提供(提示)することに同意します。

《提供先》

地域包括支援センター(※)

居宅介護支援事業者

居宅介護(予防)サービス事業者

地域密着型(介護予防)サービス事業者

(※) 地域包括支援センターへ提供する場合、地域包括支援センターより介護予防サービス計画作成を委託された居宅介護支援事業者への情報の提供を含みます。

また、介護(予防)サービス利用料の算定に当たり利用者に著しい不利益が生じる可能性があるものと認められる場合に限り、現に利用又は利用しようとしている事業所に対し、私の利用者負担割合に関する情報を提供することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

(本人氏名を代筆した場合)

代筆者名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

代筆理由 \_\_\_\_\_