

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

南国市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	医療保険	保険者名	記号番号	
	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (才)
	住所	〒 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等 ※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 ■要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入所入院の有無 ※有の場合、下記に名称等を記載してください。	有 ・ 無		
	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	
		期間	年 月 日～ 年 月 日	

提出 代 行 者 等	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)
	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		

※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 医療保険証の写しを必ず添付してください

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、南国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。

本人氏名 _____ 代筆者 (親族のみ可) _____ 続柄 _____

調査時の立会希望	立会予定者名 (本人との関係)	連絡先 (平日8:30～17:15に日程調整のために連絡をします)
有 ・ 無	()	
その他連絡事項		