

介護保険（要介護認定・要介護更新認定 要支援認定・要支援更新認定）申請書

みどり市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

区 分
新規 ・ 更新

被 保 者	介護保険 被保険者番号	〇 〇 〇 〇	個人番号					
	医 療 保 険	保険者名			保険者番号			
		被保険者証	記号		番号			枝番
	フリガナ							
	氏 名				生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住 所		〒		電話番号：0277-			
	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		
	現 在 の 状 況 (該当箇所 に○をつけ てください)		在宅	1. 同居家族あり 2. ひとり暮らし 3. その他 ()				
	入院 入 所		施設名					
			所在地					

申 請 者 (提出代行者)	氏 名			事業所名 又は続柄			
	住 所 (所在地)	〒		電話番号：			

認 定 調 査 先 絡 先 (申請者と同じ 場合は省略可)	1. 本人 2. 同居家族 3. その他 ※ 2、3の場合は下記に記入してください。						
	氏 名				本人との関係		
	住 所	〒		電話番号：			

主 治 医	氏 名			医療機関名			
	所 在 地	〒		電話番号：			

第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	
-----------	--

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、みどり市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

(更新申請の場合) 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人 氏名		代筆者 氏名		続柄	
----------	--	-----------	--	----	--

(本人氏名及び代筆者氏名は直筆してください)