

介護保険（要介護・要支援）認定申請書（更新）

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 あて
次のとおり申請します。

この枠内は記入不要

受付

サイン

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護 保険	被保険者 番 号											個人番号										
	医療 保険	保険者名	☐ 富山県後期高齢者医療広域連合 ☐ その他（ ）										保険者番号										
		被保険者 記号・番号	記号						番号						枝番								
	フリガナ												性別	男 女									
	氏 名												生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	住 所		〒 （町内名 ） （世帯主 ） （電 話 ー ）																				
現在の状況		在 宅 入院中 入所中																					
最近6か月間の 入院や入所が あれば記入 （短期入所を除く）		介護保険施設・医療機関の名称					入院・入所期間																
							年 月 日～ 年 月 日																
							年 月 日～ 年 月 日																
現在の認定結果		要介護状態区分 要介護（ ） 要支援（ ） 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日																					

主 治 医	氏 名						医療機関名					
	住 所	（電話 ー ）										
意見書の添付		有 無 作成依頼 済（入手予定日 ） 未（理由 ）										
申 請 代 行 者	名 称	該当に〇（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・介護医療院）										
	住 所	〒 （電話 ー ）										

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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は必要があるときは、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、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又は提供することに同意します。

代理人氏名
本人との関係

本人氏名

