

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**

三宅村長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	医 療 保 険	保 険 者 名	保険者番号		
		被 保 険 者 証	番 号		枝 番
	フリガナ		生 年 月 日	T・S 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		要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2		
	※更新認定時のみ		有 効 期 間 年 月 日 から 年 月 日		
	介護保険施設 医療機関等 入院、入所の有無		有	入所施設名	
			無	所 在 地	

提 出 代 行 者	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)		
	申請者住所	〒 電話番号 ()		

主 治 医	氏 名	医療機関名
	所 在 地	〒 電話番号 ()

2号被保険者のみ記入

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、及び主治医意見を三宅村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。

本人署名

被 保 険 者 証 回 収 日
即 日 ・ 年 月 日
資 格 者 証 交 付 日
即 日 ・ 年 月 日

課長	係長	係