

介護保険 [要介護更新認定・要支援更新認定] 申請書

古河市長宛て
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	記号						番号						枝番									
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日							
	氏名												性別	男・女										
	住所		〒306— 古河市 電話番号 — —																					
	緊急時連絡先 (調査時立会い)	フリガナ											続柄											
		氏名																						
		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					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日から 年 月 日まで												
	介護保険施設等 入所・入院の有無 (短期入所除く)	入所・入院施設名(部屋番号) 所在地・電話番号 〒 電話番号 — —																						
有・無	入所・入院日 年 月 日					退所・退院予定日 年 月 日・未定																		

申請者氏名												続柄					
提 出 代 行 者	事業所名	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・介護医療院)															
	代行者氏名	代行者氏名															
	所在地・電話番号	〒 電話番号 — —															

主 治 医 (かかりつけ医師)	医療機関名											主治医の氏名					
	受診科名	内科・外科・整形外科・その他()															
	次回診察日	年 月 日 最終・予定															
	所在地	〒 電話番号 — —															

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険者加入者)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の作成及び地域支援事業のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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古河市から居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域包括支援センター、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。

私は、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に更新認定がされるのであれば、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

被保険者証預かり

※ 必ず介護保険被保険者証を添付してください。