

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

深川市長 様

次のとおり申請します。

	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	申請年月日	令和 ●年 ●●月 ●●日	
	個人番号		生年月日	明・大 昭 8年 1月 1日	
医療 保険	保険者名	北海道後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39012281
	被保険者証	記号	※1		番号
	フリガナ	フカガワ タロウ		性別	男 ・ 女
	氏名	深川 太郎			
被 保 険 者	住所	〒 074-0001 深川市1条△番〇号		↓※2	
				電話番号	22-XXXXX
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 有効期間 年 月 日 から 年 月 日			
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日			
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地	特別養護老人ホーム☆〇園 ※3		期間	R4年 11月 1日 ~ R5年 12月 28日
	介護保険施設等の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	△□☆〇病院 ※4		期間	R6年 2月 1日 ~ R6年 4月 15日
	医療機関等の名称等・所在地	△□市立病院		期間	R6年 4月 20日 ~ 年 月 現在日
	有 ・ 無				

提出 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) ※5
	住所	〒 _____ 電話番号 _____

主 治 医	主治医の氏名	北海 花子 医師	医療機関名	△□市立病院
	所在地	〒 _____ ※6	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	※7
-------	--

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。

(更新の場合のみ) 現在の有効期間内に更新認定が行えるときは、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 深川 太郎 ※8

代筆 深川 次郎