

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**

余市町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		
保 険	前回の要介護認定の結果等 <small>* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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		
		有効期間 [平成 年 月 日 から 平成 年 月 日]		
者	現在の状況 <small>* 該当に○を記入 在宅以外は 施設・医療機関等の 名称を必ず記入</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅 ・指定介護老人福祉施設入所 ・介護老人保健施設入所 ・指定介護療養型医療施設入所 ・医療機関入院 ・グループホーム入居 ・ショートステイ利用 ・その他 	施設・医療機関等名称	
			期間	平成 年 月 日

申請者氏名	※1	被保険者との関係	
申請者住所	※2 〒	電話番号	

※1申請者が被保険者本人、または家族の場合のみ記入
 ※2申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

提出代行者名称		印
提出代行者住所	〒 _____ 電話番号 _____	

主治医	主治医の氏名		医療機関	
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名		

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、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、余市町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。

本人氏名 _____

決 裁 欄	課 長	グループリーダー	グループ回議