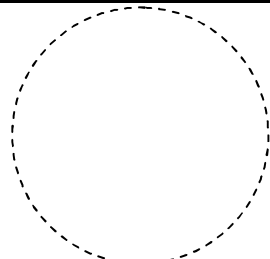


介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(新規 ・ 更新 ・ 変更) 該当に をつけてください。

新規：初めて申請 更新：有効期間満了に伴う申請
 変更：有効期間満了前に状態等に变化が生じたために申請



備 前 市 長 様

次のとおり**介護保険被保険者証**を添えて申請します。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0	申請年月日	平成 年 月 日	
	フリガナ		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住 所	〒 - 電話() -			
	前回の認定結果	状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5		
		有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	病院・施設への 入院・入所 (有・無)	入院・入所日：平成 年 月 日 ~ 退院・退所見込日：平成 年 月 日頃 所在地・名称 〒 - 電話() -			
変更申請理由 (変更申請の場合)	状態の変化等について具体的に記入してください。				

提 出 代 行 者	氏 名 名 称				印 家族の方は印は不要です。
	本人との 関係	居宅介護支援事業者 地域包括支援センター	介護保険施設 その他()	家族(続柄：)	
	住 所 所在地	〒 - 電話() -			

入院先と同じ医療機関の場合は、主治医の氏名欄のみ記入してください。

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 - 電話() -		

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 **医療保険被保険者証**を提示、または写しを添付すること

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画また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、備前市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又は介護保険施設の関係者、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

代筆者

続いて裏面のご記入をお願いします。

