

①～⑤は必ずご記入ください。

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	
安来市長 田中武夫 様 次のとおり申請します。					
①		申請年月日 年 月 日			
介護保険 被保険者番号		個人番号			
医療保険 被保険者 記号・番号		保険者番号			
フリガナ		生年月日		年 月 日	
氏 名		性 別		男・女	
住 所		〒 電話番号			
保 険 者	*要介護・要支援認定区分1,2,3,4,5 要支援認定区分1,2 前回の要介護認定の結果等 ※1. 他 者のみ記入 「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 有・無				
提出代行者	該当に○(地域包括支援センター) 名 称 住 所				
主治医	主治医の氏名 医療機関名 所 在 地 電話番号				
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入					
特定疾病名					
1. 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もしくは介護保険施設に対する要介護(要支援)認定に係る調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見及び主治医意見書に関する情報提供 2. 主治医に対する要介護(要支援)認定結果についての情報提供 3. 居宅介護支援事業者等から主治医、サービス提供事業者等への居宅サービス計画等の情報提供 上記の情報提供について同意します。 本人氏名 ※本人が記入できない場合は代筆者が本人氏名もご記入ください。 代筆者氏名 本人との関係 (裏面へ)					

マイナンバーをご記入ください。
不明な場合は空欄でよいです。

医療保険の情報を記入してください。
(保険証のコピー添付の場合は、空欄でもよいです。)

ご本人氏名や住所等をご記入ください。

介護施設及び医療機関の入所・入院の有無を○してください。
※施設名や病院名は別紙の「訪問調査事前メモ」にご記入ください。

・現在、定期的に受診されている医療機関(かかりつけ医)の主治医名・医療機関名をご記入ください。
・複数の医療機関に受診している場合、介護が必要な状態の直接の原因である病気を治療しているなど、本人の状態を最も知っている医師の氏名・医療機関名をご記入ください。

個人情報の取り扱いについての説明等が記載されています。

・署名をお願いします。
・代筆された場合は、代筆者氏名及び本人との関係もご記入ください。