

介護保険 新規認定 区分変更 更新認定 新規認定 更新認定 } 申請書

(要支援から要介護へ変更)

※該当する申請区分にシ点を記入してください

紀北広域連合長 様 次のお通り申請します。

申請者氏名											本人との関係																																																								
提出代行者 名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)																																																																		
申請者住所	〒 () 番 ()																																																																		
認定結果通知書 (被保険者証含む) の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名																																																																			
〒 宛名 (本人との関係) 番 () 本人 (被保険者) 氏名																																																																			
被 保 険 者	介護保険 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											申請年月日											年											月											日																					
		氏名											生年月日	明・大・昭										年											月											日																					
													性別	男																																											女										
		住所	〒 () 番 ()																																																																
		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																																																						
			有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日																																																																
		申請の理由 (要介護認定者の 更新申請以外は必 ず理由をご記入下 さい)																																																																	
	過去6か月間 の介護保険施 設・医療機関 等入院・入所 の有無 (短期入所除 く)	介護保険施設の名称等										期 間																																																							
		年 月 日 ~ 年 月 日										医療機関等の名称等										期 間																																													
		年 月 日 ~ 年 月 日										年 月 日 ~ 年 月 日																																																							
	医療機関 退院予定日	年 月 日										退院予定																																																							
主治医	医療機関名											通院状況	・なし ・不定期 ・定期的 (月に 回) ・次回受診予定日 (/)																																																						
	主治医氏名																																																																		
	所在地	〒 () 番 ()																																																																	

※40歳から64歳の方のみ記入して下さい。また申請時に医療保険証を持参するか、写しを添付して下さい。

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、紀北広域連合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。

《連絡事項》	本人 (被保険者) 氏名 (必ず記入)																					
	代筆の場合は代筆者氏名をこちらへ記入して下さい																					
	(続柄)																					