

介護保険要介護・要支援（認定・更新認定・認定変更）申請書

東員町長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ			男・女	個人番号							
被保険者氏名 (介護が必要な方)				介護保険被保険者番号	0	3	2	4	0		
				生年月日	明・大・昭	年		月	日		
住所	〒										
	電話番号										
医療保険	保険者名			保険者番号							
	被保険者証	記号			番号			枝番			
前回の要介護認定結果等 (更新・変更申請の場合のみ記入)	要介護状態区分		要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2
	有効期間		年		月	日	～	年	月	日	
変更申請理由 (変更申請の場合のみ記入)											
介護保険施設・医療機関 等入院入所の有無 *短期入所を除く	有・無	介護保険施設・医療 機関等の名称									
		所在地	〒								
	電話番号										
主治医	医療機関名				医師氏名						
	所在地	〒									
	電話番号										

提出代行者	名称 (氏名)	1. 居宅介護支援事業者      2. 介護保険施設		*該当に○をしてください。
		3. その他 ( )		
住所	〒			電話番号

調査希望日	第1希望	月	日	午前・午後	*土・日・祝日はご連慮ください。ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。調査予定日時は事前に連絡いたします。
	第2希望	月	日	午前・午後	
	第3希望	月	日	午前・午後	
調査立会い希望者の有無	有・無		調査実施場所	自宅・入院入所施設	
調査予定	氏名	(続柄)			電話番号
日時連絡先	連絡可能な時間帯				

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、東員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、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合には、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_