

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

西興部村長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号									申請年月日	年	月	日			
	フリガナ									生年月日	大・昭	年	月	日		
	氏名									性別	男・女					
	住所	郵便番号														
		電話番号														
	前回の要介護認定の結果等 ※要介護又は要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2									
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日														
現在の介護保険施設・医療機関等 入院 入所の有無	介護保険施設の名称・所在地								期間	年	月	日	～	年	月	日
有・無	医療機関等の名称・所在地								期間	年	月	日	～	年	月	日

申 請 者	名称 <small>(提出代行者)</small>	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)	※親族等の 場合の続柄 ()
	住所	郵便番号	
		電話番号	

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号		
		電話番号		

第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			

更新認定申請から30日以内に要介護認定処理がなされない ときの延期通知書（介護保険法第27条第11項）の要否	<input type="checkbox"/> 認定処理が現在の認定有効期間内であれば不要 <input type="checkbox"/> 認定処理が現在の認定有効期間内であっても必要
---	---

介護保険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、西興部村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、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 _____ 代筆者氏名 _____

結果送付先住所・氏名（住所地以外を希望される場合のみ記入してください）

住所	〒 _____	氏名	_____
----	---------	----	-------