

介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定 申請書

(あて先)酒々井町長

※太枠内を記入して下さい。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記載不要

次のとおり申請します。

			申請年月日	年	月	日
申請者	氏名		本人との関係			
	住所	〒 —	電話番号	()		
			連絡先電話番号	()		
提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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) 印				
	住所	〒 —	電話番号	()		

被 保 者	被保険者番号		個人番号												
	フリガナ		生年月日												
	氏名		性別	男 ・ 女											
	住所	〒	電話番号	()											
	前回の要介護認定の結果等														
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無	有 無	介護保険施設の名称等	期間											
		所在地	～												
		医療機関等の名称等	期間												
		所在地	～												

主治医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒 —	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	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、酒々井町から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)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又は提供することに同意します。

本人氏名 _____