

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
 () 要介護認定変更・要支援認定変更

申請書

熊本県宇城市長 様
 次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	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			番号				枝番				
	フリガナ		生年月日 明・大・昭 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		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 から 年 月 日										
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
	有 ・ 無		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
変更理由 (変更申請の場合)													

申請者		被保険者との関係	
申請者住所	〒 - 電話番号 () -		
提出代行者 (事業者名)			

主治医	主治医の氏名		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

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、宇城市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及び更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____