

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

(あて先)久御山町長  
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										
	フリガナ											生年月日	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・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								
過去6月間の介護保険施設医療機関等の入院、入所の有無  有・無	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									

提供 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																	

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

第二号被保険者(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			

※主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果等の情報提供の依頼がある場合、久御山町からその主治医に提供することに同意します。

※「要支援」の認定結果となった場合、地域包括支援センターが介護予防サービス計画の作成等を行います。また、「非該当」となった場合も、要介護状態になることを未然に防ぐための地域支援事業の対象となる場合がありますが、地域包括支援センターがその対象の把握を行っています。

以上の趣旨のもと、本申請の認定結果が「要支援」又は「非該当」となった場合、久御山町から住所を地域包括支援センターに、「認定結果」及び「住所、氏名、性別、生年月日、連絡先」等の情報を提供することに同意します。

本人氏名 / 代筆者氏名 [続柄: ]