

介護保険〔 要介護・要支援
要介護更新・要支援更新認定 〕申請書

豊後高田市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 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	記号				番号			枝番				
	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 認定結果等 (更新認定のみ)		要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2			
			有効期間					年 月 日 ~		年 月 日				
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体(市町村)名[] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 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(有・無)		介護保険施設の名称・所在地					期間		年 月 日 ~		年 月 日			
		医療機関等の名称・所在地					期間		年 月 日 ~		年 月 日			

提出 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・介護医療院)									
	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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、又は地域支援事業を実施する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豊後高田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に同意します。

また、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

本人氏名

認定結果送付先	氏名	被保険者との関係							電話番号
		住所	〒						
家族等の連絡先	氏名	被保険者との関係							電話番号
		住所	〒						

※認定結果送付先は、送付先が提出代行者と異なる場合のみ記入

