

介護保険 要介護認定 ・ 要支援認定 申請書
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定

中土佐町長 様
 次のとおり申請します。

被	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 1 2 3	申請年月日	2 年 5 月 1 日
	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
保	フリガナ	ナカトサ タロウ		生年月日 明・大・昭 10 年 11 月 12 日
	氏名	中土佐 太郎		性別 男 ・ 女
險	住所 (住民票)	〒789-1301 中土佐町久礼6602-2 電話番号 0889 — 52 — 2662		
	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	
者	※要介護・要支援更新認定者のみ記入	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	現在入所・入院中の介護保険施設・医療機関等の有無	有 ○ 介護保険施設等の名称 ○○病院		
		無 所在地 中土佐町久礼		
	調査先住所	(住民票住所と相違する場合に記入してください。) 〒789-1301 中土佐町久礼 ○○病院 電話番号 0889 — 52 — 2211		

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・指定介護療養型医療施設 等) 印
	住所	〒 _____ 電話番号 _____

主治 医	主治医の氏名	大野見 太郎	医療機関名	○○病院
	所在地	〒89-1301 中土佐町久礼 ○○病院 電話番号 0889 — 52 — 2211		

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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			

介護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は必要があるときは、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、中土佐町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。

(被保険者氏名 中土佐 太郎)
 (代筆者氏名 中土佐 花子) (被保険者との続柄 妻)

調 査 を 希 望 す る 曜 日				
月	火	水	木	金
午前	午前	午前	午前	午前
午後	午後	午後	午後	午後

家族等立会の希望の有無	
有 ・ 無	[立会者: 中土佐 花子]
連絡可能時間帯(被保険者) :	~
" (立会希望者) :	9時 ~ 12時
立会希望者の連絡先 :	090-****-****

受 付	被 保 險 者	保 証	入 力