

# 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

徳之島地区介護保険組合 管理者 殿

申請者：

( 経由 ) 次のとおり申請します

本人との関係：

被 保 者	被保険者番号										申請年月日	令和	年	月	日			
	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					
	前回の要介護認定に結果等 ※介護・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援					1	2
		有効期間					令和	年	月	日	～	令和	年	月	日			
	過去5ヶ月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・所在地						期間			年	月	日	～	年	月		
	介護保険施設の名称等・所在地						期間			年	月	日	～	年	月			
	医療機関等の名称等・所在地						期間			年	月	日	～	年	月			
	医療機関等の名称等・所在地						期間			年	月	日	～	年	月			

提出 代 行 者	名称	該当に○ ( 居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設 )												
	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	
主治医に判定結果を		1 教えてもよい		2 教えたくない										

【更新申請の場合】申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。(同意の場合□欄に✓)

2号保険者 (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							

介護サービス計画を作成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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人又は申請代理人氏名(自署)： \_\_\_\_\_