

介護保険

要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

うるま市長 様
次のとおり申請します。

		個人番号												
被 保 険 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	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	氏名	うるま 太郎										性別	男 ・ 女	
	住所	〒 うるま市みどり町1-1-1										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 5										○年○月○日から令和○年○月○日	
	※内体した者のみ記入	特別養護老人ホーム・老人保健施設に入所の方はこちらへ記入。										[] 体に要介護認定・要支援を受け取っている場合は「はい」の場合、申請日 年 月		
介護保険施設入院・入所の有無(短期入所を除く)		有	入院・入所施設名(特別養護老人ホーム・老人保健施設) (入所の方はこちらへ記入))										所在地	
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名										所在地	

特別養護老人ホーム・老人保健施設に入所の方はこちらへ記入。

その他老人ホーム・病院に入院している方はこちらへ記入。

家族の方が申請する場合、押印が必要です。

提出 代行 者	申請者氏名	うるま次郎(事業所等が申請する場合は記入・押印不要) 印										本人との関係	子
	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・介護医療院) 居宅介護支援事業所 ○○○(家族が申請する場合は記入・押印不要)										印	
	申請者住所	〒 申請者の住所または居宅介護支援事業所等の住所を記入										事業所等が申請の場合 事業所印が必要です。	

主治医	主治医の氏名											医療機関名		
	所在地	〒										電話番号		

65歳未満の方は医療保険証を持参してください。

家族が代理で記入する場合、本人の印鑑で押印をお願いします。

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

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、要介護認定内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、地域包括支援センター、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って同意します。

本人氏名 うるま太郎 印 (本人自署の場合は印鑑不要)