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

上 里 町 長 様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	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		
	前回の要介護認定の結果等 ＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護区分　1　2　3　4　5　　要支援区分　1　2 有効期間　平成　　年　　月　　日　から　平成　　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	介護保険施設の名称等 所　在　地 期間　平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日		
		介護保険施設の名称等 所　在　地 期間　平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日		
		医療機関等の名称等 所　在　地 期間　平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日		
	有　・　無	医療機関等の名称等 所　在　地 期間　平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日		

提出代行者	名　称	該当に○地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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	〒		

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			

※（第二号被保険者の方）介護サービス給付費等の算定のため、必要に応じて本人及び配偶者、同一世帯員の町民税等を閲覧することに同意します。

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、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。

なお、次回認定期間満了の折、私への更新認定期間満了通知に際し、期間満了者である旨の情報について居宅介護支援事業者等に提示することに同意します。

本人氏名