

受付者
確認印

介護保険 要介護認定 申請書

要支援者申請用

(あて先) 太田市 市長
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日	平成	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 ()						
	前回の要介護認定の結果等	要支援状態区分 1 2											有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日						
		申請の理由																	
	現在の状況	介護保険施設の名称等											期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
介護保険施設以外の施設の名称等											期間 年 月 日 ~ 年 月 日								
医療機関の名称等											期間 年 月 日 ~ 年 月 日								

提 出 代 理 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・民生委員・介護相談員)											印
	代理人	申請代理者									本人との関係		
	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 ()
	最終診察日	平成	年	月	日	主治医への相談		済・未					

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										

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定変更にかかる調査内容、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太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。

入力者印	2号入力者印	国保税滞納の有無
		有・無

本人氏名 _____

