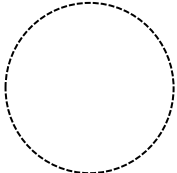


介護保険 要介護・要支援 (更新) 認定申請書



受付処理日

(あて先) 津市長
次のとおり申請します

①申請書提出者	フリガナ		申請年月日	令和	年	月	日
	氏名		本人との関係				
	住所	(〒 -)					
電話番号							

申請書提出者該当に○ 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・介護医療院・その他

担当者氏名		事業所番号																	
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

②被保険者	被保険者番号									個人番号										
	フリガナ										性別	男・女								
	氏名										生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	住所	(〒 -)									※申請書提出者が被保険者本人の場合は、この欄は記入不要									
	前回の認定		※更新認定の場合のみ記入	状態区分	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5							
			有効期間	年 月 日から			年 月 日まで													
			※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名[]																
		現在、転出元自治体に要介護認定を申請中ですか。[はい(申請日: 年 月 日)・いいえ]																		
医療保険		医療保険者名						保険者番号												
		被保険者証記号番号						記号						番号						
特定疾病名		※第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)はここを記入し、医療保険証の写しを添付してください																		

③認定調査	調査場所 自宅外の時のみ記入	名称	所在地 (〒 -)	電話番号
	調査連絡先 被保険者本人以外 の時のみ記入	フリガナ 氏名	本人との関係	電話番号(携帯電話可)
	連絡希望時間	(平日午前8時30分から午後5時15分までになります)		
	備考欄	(毎週○曜日不可、家族が立ち会いたい等の希望があれば)		

④主治医	医療機関名 (1ヶ所)	所在地(津市外の時のみ記入) (〒 -)
	主治医氏名 (1名)	電話番号
	※主治医に認定申請をすることを相談されてから、申請していただきますようお願いいたします。 なお、病院によっては記入医が変更になる場合があります。	
備考欄	最終診察日: 年 月 日 (現在入院中、○月○日退院予定等あれば)	

申請	本・代 / 郵	1点	運・障・個・居・他()
確認物	民間のみは不可	2点	健保・介保・年手・年証・他()
			社員証・他()
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・要支援認定に係る調査内容、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、津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。 介護保険法上、結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し、延期通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期間内であれば、通知を省略することに同意します。			
被保険者本人氏名(必ず記入)			
代筆者氏名(代筆の場合のみ記入)			

※介護保険被保険者証(ピンク色)を添えて提出してください。