

要介護・要支援(更新)認定申請書

逗子市長 次のとおり申請します。		申 区	請 分	更 新	申 請 年 月 日	年	月	日
申請者氏名					本人との関係			
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)							
申請者住所	〒 - 電話番号(- -)							

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載の必要ありません。

被 保 者	被保険者番号					個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	医療 保 険	保 険 者 名 被 保 険 者	記 号		保 険 者 番 号 番 号	枝 番													
保 険 者	フリガ ナ 氏 名					生 年 月 日	年			月	日								
	住 所	〒 -				性 別	男・女												
險 者	前回の要介護・ 要支援認定の結果等	要介護状態区分																	
		有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																	
	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・医療機関等の名称・ 所在地				期 間	年	月	日	～	年	月	日						
	有・無	介護保険施設・医療機関等の名称・ 所在地				期 間	年	月	日	～	年	月	日						

主治医の 有・無	主治医の氏名					医療機関名			
	所在地	〒 -				電話番号(- -)			

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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・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逗子市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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供することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

起 案	・	・	主 治 医 又 は 指 定 医		
決 裁	・	・	意 見 書 作 成 依 頼 日	・	・
課 長	係 長	係	訪 問 調 査 依 頼 先		
			訪 問 調 査 依 頼 日	・	・

次のとおり申請を受理し、訪問調査及び意見書作成を依頼してよろしいか。