

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

(宛先) 野田市長

次のとおり申請します。 *介護保険被保険者証を添付

申請年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

窓口に来た人	家族等	氏名	本人との関係	
		住所	〒	
	提出代行者	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) 電話番号		

*被保険者本人が申請に来た場合は上記の住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏名	生年月日		明・大・昭		年		月		日(歳)										
		性別		男		・		女												
	住所	〒		世帯主氏名																
		電話番号																		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2														
更新の場合のみ記入	有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日まで	
入院・入所の有無 (除く短期入所)	有・無	施設・医療機関名																		
		所在地 〒 (病棟・病室等) 電話番号																		

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

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 *医療保険被保険者証を添付

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・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野田市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係者に提示することに同意いたします。また、認定結果を主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事する調査員に提示することに同意いたします。

本人氏名 _____

被保険者本人以外への連絡先等を希望する場合に記入してください。

連絡先	氏名			続柄	備考	証回収	済	・	未
	電話			自・勤・携		窓口	・	郵送	・
連絡いつでも可 連絡希望の時間 調査不可の曜日						受付者			