

要介護認定・要支援認定
介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書
要介護認定・要支援認定区分変更

湯沢市長 様
次のとおり申請します。

個人番号	
------	--

被 保 険 者	被保険者番号		申請日		令和 年 月 日		
	医療 保 険	保険者名	保険者番号				
		被保険者証	記号	番号	枝番		
	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	要介護状態区分	1・2・3・4・5・経過的要介護		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		
	変更の理由						
	調査実施場所 自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 ・ その他 ()						
過去6月間の入院・入所等		名称・所在地等 (入院中の場合は病棟名・階・号室まで記入)		年 月 日から 年 月 日・現在			
調査時の同席		する・しない	同席者の氏名	本人との関係 電話番号 () -			

◆代理の方が提出される場合に記入してください。

提 出 代 行 者	該当に○	家族・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・その他				
	氏名(名称)			本人との関係		
	住所	〒 電話番号 () -				

◆主治医を記入してください。

主 治 医	医師名	医療機関名				
	所在地	〒 電話番号 () -		次回受診予定日 令和 年 月 日頃		

◆第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

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、湯沢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。

本人氏名 _____

受付者	入力日	調査員名	訪問日時	同席しない場合家族の連絡
	/		/ () 時 分	