

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

和光市長様 次のお通り申請します。

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請者氏名	和光 太郎	本人との関係	次男
申請者住所	〒351-0192 和光市広沢 1-5 電話番号 048 (464)1111		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	個人番号						
	医療 保険	保険者	和光市国民健康保険		保険者番号	11926			
		被保険者証	記号	わかう		番号	1234	枝番	5
		フリガナ	ワコウ ハナコ		生年月日	昭和〇年〇月〇日			
		氏名	和光 花子		性別	男 ・ 女			
		住所	〒351-0192 和光市広沢 1-5 電話番号 048 (464)1111						
		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					
			有効期間	令和2年3月1日 から 令和4年3月31日まで					
			転出元自治体(市町村)名()	転出元自治体での申請中ですか はい ・ いいえ(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択) 「はい」の場合 申請日 年 月 日					
		過去6カ月間の介護 保険施設医療機関等 の入院、入所の有無	有 ・ 無 該当する場合のみご記入ください。 (有の場合)保険施設・医療機関等の名称 所在地 〒 電話番号 ()						
提出 代 行 者	名称	該当に〇(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) 該当する場合のみご記入ください。 印							
	住所	〒351-0192 和光市広沢 1-5 電話番号 048 (464)1111							

主治医	主治医氏名	広沢 一郎	医療機関名	〇〇〇病院	
	所在地	〒351-0192 和光市広沢 1-5 電話番号 048 (464)1111			

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	脳血管疾患(40歳から64歳の医療保険加入者につきましては、対象となる疾病の種類が限られております。詳細につきましては、お問い合わせください。)
-------	--

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、和光市が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及び介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員並びに和光市コミュニティケア会議に出席した者に提示することに同意します。

本人氏名 和光 花子