

要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

次のとおり申請します。

申請年月日

令和4年 4月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号													
	医療 保険	保険者名	〇〇〇〇〇〇										保険者番号		01234567											
		被保険者証	記号	01234567										番号	0123456					枝番	01					
	フリガナ		アサヒ タロウ										生年月日		明・大・昭 1 年 1 月 1 日											
	氏 名		旭 太郎												性 別		男・女		年 齢			96歳				
	住 所		〒289-2595 旭市二の2132番地 電話番号 0479-62-1212																							
	前回の要介護 認定の結果等		※要介護・要支援 更新認定の場合 のみ記入		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 年 月 日から 年 月 日																							
			※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・要支援認定を申請中ですか。 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」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日																					
	過去6月間の介護 保険施設・医療機 関等入院入所の 有無(短期入所を 除く。)		介護保険施設の名称		期間																					
所在地			年 月 日 ～ 年 月 日																							
医療機関等の名称			期間																							
所在地			令和3年12月25日 ～ 令和4年 2月28日																							
		有 ・ 無		〒289-〇〇〇〇 旭市〇〇〇〇〇 電話番号 0479-〇〇-〇〇〇〇																						

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・介護医療院）
	住 所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名	海上 次郎	医療機関名	〇〇クリニック
	所在地	〒289-〇〇〇〇 旭市〇〇〇〇〇 電話番号 0479-〇〇-〇〇〇〇		

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、旭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 **旭 太郎**

(代筆 旭 花子 続柄 長女)