

介護保険要介護・要支援 更新 認定申請書

碧南市長様

次のとおり申請します。 ※介護保険被保険者証を添付してください。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

申請者氏名 (窓口に来られた人)	被保険者との関係 (本人からみた親族関係等)
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____
提出代行者名称 および 事業者所在地・ 電話番号	(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) 電話番号(_____) — 事業所 _____ 担当者氏名 [_____]

被 保 者	被保険者番号	_____	個人番号	_____
	フリガナ	_____	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名	_____	性別	男 ・ 女
	住所	〒 _____ 電話番号(_____) — 碧南市 町		
	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・医療機関等の名称等および所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	有 ・ 無	介護保険施設・医療機関等の名称等および所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	前回要介護 認定の結果等 ※要介護・要支援更 新認定の場合のみ記	要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	異送付 あり ・ なし
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

主 治 医	医療機関名	_____	最終診察日	年 月 日
	主治医の氏名	_____	次回診察日	年 月 日
	所在地	〒 _____ 電話番号(_____) —		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ ※医療保険被保険者証を添付してください。

医療保険者名	_____	医療保険被保険者証 記号番号	_____
特定疾病名	_____		

①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、碧南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、認定調査に従事した調査員及び碧南市が実施する高齢者施策の関係機関に提示すること。

②更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知(延期通知)を省略すること。

私は、介護認定情報の提供等に関する上記①②の項目に同意します。

本人氏名 _____

代筆者 _____

被保険者
との関係: _____

(市記入欄)

訪 問 調 査	月 日 () 時 分	保険料	日程通知	受付	サービス利用・希望	入力
	自宅・施設(_____)	_____	_____	_____	_____	_____
	調査員	意見書発送	意見書依頼	意見書入手		
	立会人: 無・有(申請者・その他(_____))	_____	在宅新規・施設新規 在宅継続・施設継続	_____		