

介護保険 [要介護認定 ・ 要支援認定
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定] 申請書

沖縄市長 様

記入しないでください

次の通り申請します。

意見書 (郵送 ・ 手渡) ・ 住基 ・ 依頼書

										個人番号										
被保険者番号					申請年月日					平成 年 月 日										
フリガナ					生年月日					明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日										
被 保 険 者	氏 名					<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 介護保険認定を受けたい方(被保険者)の情報を記入してください。 </div>										女				
	住 所															電話番号				
者	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定場合のみ記入</small>					要介護状態区分					経過的要介護					要支援状態区分				
	有効期間					平成 年 月 日 から 平成 年 月 日														
者	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無					介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日 ~ 年 月 日									
						医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日 ~ 年 月 日									

申請者氏名										本人との関係									
提出代行者名称										<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 窓口にて手続きをなさる方の情報を記入してください。(事業所が代行する際は、事業所名の記入及び事業所印を押してください。) </div>									
申請者住所																			

調査立ち会い人氏名										本人との関係									
立ち会い人電話番号										<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 調査の際、立会人が必要です。立会をなさる方の情報を記入してください。 </div>									

主治医の氏名					医療機関名									
主治医					<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 主治医意見書の記入を依頼する、医療機関の情報を記入してください。 </div>									

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名										<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ★40歳~64歳までの方が申請する際に記入してください。 65歳以上の方は記入の必要はありません。 </div>									
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沖縄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は介護保険事業所等に提出し、提出した調査員に提示することに同意し

署名 ()
代筆者名 () 続柄 ()

本人が記入する場合は、「署名」欄にそのまま記入してください。
本人が記入できない場合は、ご家族が「署名」欄に本人氏名を代筆し、「代筆者名」と「続柄」を記入してください。