

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

田村市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号																				個人番号																		
	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・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																											
		有効期限 平成 年 月 日 から										平成 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	介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																											
		介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																											
		医療機関の名称・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																											
		有 ・ 無										医療機関の名称・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																	

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)																		印
	住 所	〒																		電話番号

主治医	主治医の氏名																			医療機関名										
	所在地	〒																		電話番号										

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

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

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には必要があるときは、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(更新、変更申請にあつては、申請者が契約している居宅介護支援事業者名)を田村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.....

訪問調査同席希望	有・無	希望者名																			連絡先										
----------	-----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--