

様式第4号(第9条関係)

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

米原市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号											
	医 療 保 険	保 険 者 名		保 険 者 番 号										
		被 保 険 者 証		記 号					番 号					枝 番
	フリガナ		生 年 月 日											
	氏 名		年 月 日											
	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 日まで						
	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					はい・いいえ						
			現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(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」の場合のみ記入 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	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 等 の 名 称 所 在 地		期 間		年 月 日 ~ 年 月 日									
	有・無		医 療 機 関 等 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)
	住 所	

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	〒 電 話 番 号

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を米原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も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また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