

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

宜野湾市長 佐喜眞 淳 様

次のとおり申請します。

個人番号

介護保険被保険者番号		申請年月日		令和 年 月 日						
医療 保険	保険者名	保険者番号								
	被保険者	記号	番号	枝番						
被 保 者	フリガナ	生年月日								
	氏 名	性 別								
	住 所	〒 -								
		電話番号								
保 険 者	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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	令和	年	月	日	～	令和	年	月
入 院 ・ 入 所 の 有 無	過去6月間の介護保険施設	介護保険施設の名称等・所在地				期 間				
	医療機関等	介護保険施設の名称等・所在地				期 間				
	有 ・ 無	医療機関等の名称・所在地				期 間				
		医療機関等の名称・所在地				期 間				

申 請 者	申請者氏名	続 柄	
	提出代行者	<small>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）</small>	
	住 所	〒 -	
訪問調査の際の連絡先	TEL	曜日の	時頃
	立会人氏名		

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名	
	所在地	〒 -	
		電話番号	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）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、及び主治医意見書を、宜野湾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

代筆者氏名

# 委任状

宜野湾市長 殿

受任者(窓口に来た方)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

私は、上の者を代理人と定め、

( 介護保険要介護・要支援認定申請 ) の権限を委任致します。

令和 年 月 日

委 任 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )