

記入例

要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新 申請書

記入した日付を入れてください

岩泉町長 様
次のとおり申請します。

認定を受けたい方の氏名等

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---|---|----|----|------|---------|---------|----|----|---|---|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | フリガナ | イワイズミ タロウ | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 2年 | 2月 | 2日 | | | |
| | 氏名 | 岩泉 太郎 | | | | | 性別 | 男 | ・ | 女 | | | | |
| | 住所 | 〒027-0595 岩泉町岩泉字惣畑59番地5 | | | | | 電話番号 | 22-2111 | | | | | | |
| | 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 | 経過的要介護 | 要支援状態区分 | 1 | 2 | | | |
| 有効期間 | 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等・所在地 | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | 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 〇〇〇病院 | | | | | | 期間 | 18年 | 5月 | 1日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 |

| | | |
|-----------------------|----|---|
| 提 出 代 行 者 | 名称 | 該当に○（地域包括支援センター・申請者（ご家族）の名前と連絡 人保健施設・指定介護療養型医療施設） |
| | 住所 | 〒 〇〇市〇〇△番地 岩泉花子（子） 日中連絡がとれやすい電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |

| | | | | |
|-------------|--------|---|-------|---------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 〇〇〇〇先生（〇〇科） | 医療機関名 | 〇〇〇〇〇病院 |
| | 所在地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 岩手県〇〇市〇〇□□番地 電話番号 〇〇-〇〇〇〇 | | |

| | |
|---------------|-------------------|
| 主治医の先生の氏名と病院名 | の医療保険加入者）のみ記入 |
| 特定疾病名 | 医療保険被保険者証 記号番号 |

第二号被保険者の方は、加入している医療保険者証のコピーを添付してください

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、岩泉町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

本人の氏名を忘れずに記入してください

本人氏名 岩泉 太郎