

様式第7号(第10条関係)

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

大空町長 様  
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係		
申請者住所	〒 電話番号		
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)	
	住所	〒 電話番号	

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号						個人番号							
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日			
	氏名						性別	男 ・ 女						
	住所	〒					電話番号							
	前回の要介護認 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 1 2							
		有効期間					年 月 日から 年 月 日まで							
	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 日から 年 月 日まで							
		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日から 年 月 日まで							
医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日から 年 月 日まで									
有・無					医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日から 年 月 日まで				

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歳までの医療保険加入者)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					

介護サービス計画を作成する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大空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、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

㊤