

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

琴 浦 町 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

[illegible]

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、介護医療院）		

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（医療保険証のコピーを添付してください）

特 定 疾 病 名	
-----------	--

介護（予防）サービス計画を作成する等により必要があるときは、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、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。

あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行なわれる場合は申請から 30 日を越える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名

(代筆者)

※新規申請者のみ

[illegible]

調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票の住所地) → 調査員用の駐車スペース(有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 入院中の病院 (病棟 ・ 病室 階 号室) <input type="checkbox"/> その他 ()
調査の同席 (予定)	<input type="checkbox"/> 有 氏名() 続柄 () 電話() <input type="checkbox"/> 無
調査の日程調整 を行う連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 上記の同席者 <input type="checkbox"/> その他 氏名() 続柄() 電話()
調査の日程	※都合の悪い曜日・時間等があれば記入してください
調査に関して伝えておきたいこと	(本人の状態、本人に未告知の病名、別室での聞き取りの必要等がありましたら記入してください)