

様式第6（第6条関係）

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

紀北広域連合長 様 次のおおり申請します。

申請者氏名		本人との関係			
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） Ⓜ				
申請者住所	〒 _____ ☎ _____（ ）				
認定結果通知書（被保険者証含む）の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名					
宛名	〒 _____ _____（本人との関係 _____） ☎ _____（ ） 本人（被保険者）氏名及び確認印 Ⓜ				
被 保 険 者	被保険者番号	_____	個人番号	_____	
	フリガナ	_____	申請年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	氏名	_____	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			性別	男 ・ 女	
	住所 <small>（被保険者証記載住所）</small>	〒 _____ ☎ _____（ ）			
	前回の要介護認定の結果等	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	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	申請の理由	_____			
	過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無 <small>（短期入所除く）</small>	介護保険施設の名称等	_____	期 間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
		_____	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関等の名称等		_____	期 間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
_____		_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関退院予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 退院予定				
主治医	医療機関名	_____	通院状況	・なし ・不定期 ・定期的（ _____ 月に _____ 回） ・次回受診予定日（ _____ / _____ ）	
	主治医氏名	_____			
	所在地	〒 _____ ☎ _____（ ）			
2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入					
医療保険者名	_____	医療保険被保険者記号番号	_____		
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、及び主治医意見を、紀北広域連合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者、主治医意見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を同意します。

本人（被保険者）氏名 Ⓜ