

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
 要介護認定 ・ 要支援認定区分変更

申請書

那覇市長 様 次のとおり申請します。

保険証回収

【 未 ・ 済 】

被 保 者	個人番号								
	被保険者番号	0 0	申請年月日	令和	年	月	日		
	フリガナ		生年月日	(明 大 昭)	年	月	日		
	氏 名		性 別	男 ・ 女	年 齡	歳			
	住 所	〒							
		電話番号							
	前回の要介護認定の結果等	要支援【 1 2 】 要介護【 1 2 3 4 5 】							
<small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	有効期間 【 平成 ・ 令和 】 年 月 日 ～ 【 平成 ・ 令和 】 年 月								
介護保険施設入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	介護保険施設の入所・入院施設名							
		所在地							
	無	上記以外の上記以外の入院医療機関名・入所施設名							
		所在地							
サービス受給の有無	現在、サービスを 【 受けている ・ 受けていない 】								

申請者氏名		本人との関係	
事業者番号	4 7		
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)		
	印		
申請者住所	〒		
	電話番号		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
		電話番号		
	最終診察日	【 平成 ・ 令和 】 年 月 日	※薬の処方のみは受診に含みません。受診後申請してください。	

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		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、介護認定調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見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または認定調査に従事した調査員に提供すること、及び更新申請について、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。

本人氏名
 (自署)

(代筆)