

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

40歳から64歳まで

(宛 先)

枚 方 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号							個人番号						
医療保険	保険者名						保険者番号						
	被保険者証	記号					番号				枝番		
フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日		
氏 名							性別	男 · 女					
住 所		〒 電話番号											
現在の要介護状態区分等		現在認定を受けている場合のみ記入	1 2 3 4 5					要支援1	要支援2				
			有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで										
現在入所(入院)している施設		施 設 名											
		所 在 地	〒 電話番号										

提出代行者	名 称	(□地域包括支援センター □指定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)										
	所 在 地	〒 電話番号										

主治医	主 治 医 氏 名			医 療 機 関 名	(科)						
	所 在 地	〒 電話番号									

特 定 疾 病 名											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(※ 医療保険被保険者証を添付してください。)

介護サービス計画の作成等の介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、枚方市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。

被保険者(本人)氏名

委 任 状

枚 方 市 長

委任者氏名
(被保険者)

印

私(委任者)は、下記の者を代理人として、介護保険要介護認定・要支援認定の申請に関する権限を委任します。

【代 理 人】

住所

氏名

電話番号

委任者との関係

※認定調査についてご記入ください。

認定調査に同席を希望されますか。

希望する

希望しない



(フリガナ)

同席者氏名

(続柄:)



連絡先(昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください)

TEL ()



その他、調査についての連絡事項



入院中の方はご記入ください。

退院日未定

退院予定日 (月 日)

枚方市記入欄

受付入力	申請入力
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 被保険者証あり
 返却 受領
 被保険者証なし
 保険料滞納あり

- 番号確認
(個人番号カード・通知カード・その他)

- 本人 代理人
 身元確認 代理人身元確認
(写真付・写真なし2点) (写真付・写真なし2点)
 代理権確認 (委任状・その他)