

この申請書に「主治医意見書」「介護保険被保険者証」を添えて市役所へ提出してください
 介護サービスを利用していない方、また利用する予定のない方は、申請書の提出は不要です
 で、浜田地区広域行政組合までご連絡ください。

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

浜田地区広域行政組合管理者 様
 次のとおり申請します。

窓口に届出する日

| | | | | | |
|------------------|---|---|-------|-------------------------------|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 0012345678 | 申請年月日 | 平成 18 年 10 月 10 日 | |
| | フリガナ | ハマダ カゴ | 生年月日 | 明・大 昭 3 年 4 月 15 日 | |
| | 氏 名 | 浜田 介吾 | 性別 | 男・女 | |
| | 住 所 | 〒697-8501 浜田市殿町 1 番地 電話番号 0855-22-2612 | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 *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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成 18 年 6 月 1 日から平成 18 年 11 月 30 日 | | | |
| | 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 ~ 年 月 日 | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 浜田市野原町 貝語病院 | 期間 | H18 年 7 月 7 日 ~ H18 年 8 月 8 日 | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 有 ・ 無 | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 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) 代理申請される方が事業者等の場合は、事業所の名称・担当者名を記入してください 印 |
| 住 所 | 届出される方の住所(事業所の住所等) 電話番号 |

| | | | | |
|-----|--------|--|-------|------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 貝語 独太 | 医療機関名 | 貝語病院 |
| | 所在地 | 〒697-0016 浜田市野原町 859-1 電話番号 0855-25-1520 | | |

かかりつけの主治医名をご記入ください
 主治医が島根県内の方は、主治医意見書を作成してもらってください

第二号被保険者(40 歳から 64 歳の医療保険加入者)のみ記入

65 歳以上の方は記入の必要はありません

| | |
|--------|--|
| 医療保険者名 | |
| 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、及び主治医意見書を、浜田地区広域行政組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。

ご本人のご記入が難しい場合代筆でも可

本人氏名 浜田 介吾

常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります