

更新

介護保険要介護（要支援）認定申請書

八戸市長 次のとおり申請します。

申請区分に「レ」を記入してください。

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

被保険者番号 0000## ## ## ## ## 申請年月日: 令和00年00月00日
フリガナ コウシン タロウ 生年月日: 昭和00年00月00日(00歳)
氏名 更新 太郎 性別: 男
住所 〒031-1800 八戸市大字000字000番地000
要介護状態区分: 要介護(1)
有効期間: 令和00年00月00日~令和00年00月00日

・65歳以上の方も記入してください。

申請代行以外で提出を代行する場合(グループホーム 他)はその他にご記入ください。また、住所欄もご記入ください。

医療保険 国民健康保険 後期高齢者医療広域連合 保険者番号 20032
医療保険被保険者証記号 0000 枝番 01
特定疾病名 ※40~64歳の方のみ記入

提出者 名称(氏名) ○○居宅介護支援事業所
住所 〒031-0021 八戸市○○2丁目2-2
電話番号 0178-35-0000

主治 医療機関名 内丸病院 医師名 医師野 誠 主治医への確認日 令和00年00月00日

立会者以外に電話などでの確認が必要な場合はご記入ください。

代筆される場合は本人氏名、代筆者氏名の両方ご記入ください。

本人氏名 更新 太郎 代筆者氏名 支援 一郎
住所 〒031-0021 八戸市○○2丁目2-2
電話番号 0178-35-0000

立会者 無 提出者と同じ
日程調整の連絡先 立会者と同じ 希望連絡時間帯 8:30~17:00
調査場所 住所と同じ
駐車場の有無 無

①病歴・介護が必要となった背景 ○年△月に転倒し左大腿骨骨折 無気力で外出機会もなくなった。
②入院・入所の状況(過去6か月の状況) ※退院予定もあれば記入
名称 ○○整形外科病院 期間 ○年△月~●年▲月
③現在の状況 家族状況 同居(夫婦)
④利用中のサービス 通院(月曜日) 通所リハ(火・木)

認定調査について

特別な医療や調査時に注意が必要な点などがあればご記入ください。

資格者証発行(未済) 送付先