

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

日

[illegible]

※ 申請者が被保険者本人以外の場合に記入(成年後見制度利用の場合は登記事項証明書及び別紙目録の提示が必要)

提出代行者	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）		
	申請者住所	電話番号		

※ 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

特定疾病名	
同意欄	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、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、主治医意見書、小松市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、小松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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。 (更新申請の場合のみ) 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。
	本人氏名(必須)
	※代理人の場合は、自署または記名押印 代理人氏名 _____ (本人との関係:)

◇ 市記入欄	調査担当	送付先変更	保険証回収	資格者証発行	受付	入力	収納状況
Ver.6		要 ・ 不要 ・ 済	／	／			完納 ・ 未納

本 · 代 · 委

[illegible]