

第1-1号様式

要介護・要支援認定（更新）申請書

唐津市長 様

R 5 年 ○ 月 ○ 日

被保険者の情報	介護保険被保険者番号	3 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
	医療保険被保険者名	唐津市		医療保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
	医療保険被保険者証	記号	0 1 2 3 4 5 6 7	番号	1 2 3 4 5 6 7 枝番 0 0
	フリガナ	カラツ タロウ		性別	男・女 生年月日
	被保険者氏名	唐津 太郎			
	住所	郵便番号	8 4 7 - 8 5 1 1		○○事業所ケアマネ○○ 受取
		唐津市西城内1番1号			
	電話番号	0 9 5 5 - ○ ○ - ○ ○ ○ ○			
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分	要支援 1		
		有効期限(始期)	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	有効期限(終期)	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
過去6カ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6月間の入院、入所の有無	有・無			
	①介護保険施設の名称等・所在地				
	①期間(始期)	年 月 日	①期間(終期)	年 月 日	
	②介護保険施設の名称等・所在地				
	②期間(始期)	年 月 日	②期間(終期)	年 月 日	
	③医療機関等の名称等・所在地	○○病院			
	③期間(始期)	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	③期間(終期)	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	
	④医療機関等の名称等・所在地				
④期間(始期)	年 月 日	④期間(終期)	年 月 日		
提出代行者の情報	種別	居宅介護支援事業者		名称	○○居宅介護支援事業所
	住所	郵便番号	8 4 7 - 0 0 0 0		
		唐津市○○町○○○○番地			
電話番号	0 9 5 5 - ○ ○ - ○ ○ ○ ○				
主治医の情報	主治医の有無	有・無			
	主治医の氏名	佐賀 一郎			
	医療機関名	○○病院			
	医療機関の所在地	郵便番号	8 4 7 - 0 0 0 0		
		唐津市○○町○○○○番地			
医療機関の電話番号	0 9 5 5 - ○ ○ - ○ ○ ○ ○				
※第二号被保険者の情報記入	特定疾病名				
認定調査の日程調整に	フリガナ	カラツ ハナコ		被保険者との関係	妻
	連絡先氏名	唐津 花子			
	担当者の電話番号	0 9 5 5 - ○ ○ - ○ ○ ○ ○			
	担当者のメールアドレス	(記入不要)			
本人同意	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、及び主治医意見書を、唐津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。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する				