（様式第6号）

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

赤　穂　市　長　　宛

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称			
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄は記載不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ				
	氏名		生年月日	年　月　日	
			性別	男　・　女	
	住所	〒 電話番号			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2			
		有効期間　年　月　日から　年　月　日			
	入院・入所の有無	施設名等	年　月　日～　年　月　日		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

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赤穂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又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名