

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

守谷市長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日      年      月      日

[illegible]

|       |     |                                                      |
|-------|-----|------------------------------------------------------|
| 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・介護医療院） |
|       | 住 所 | 〒<br><br>電話番号                                        |

|       |        |        |       |  |
|-------|--------|--------|-------|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |        | 医療機関名 |  |
|       | 所 在 地  | 〒 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 |  |
|-------|--|

○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守谷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等に提示することに同意します。

○【更新申請の場合】申請から３０日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。