

受付

# 介護保険 要介護・要支援認定申請書

(あて先) 陸 別 町 長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
被保険者 (認定を受ける人)	被保険者番号	申請区分 ※該当に○	新規・更新・変更 (要支援の方の変更申請は新規に○)
	個人番号	性別	男・女 ( 歳)
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	電話番号	- -
	被保険者住所	〒	
	現在(前回)の要介護認定区分等	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 : 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ	
	変更申請の理由 ※変更申請の場合は記入		
	入院・入所の有無	有・無	入院・入所施設名 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	主治医	医療機関名	主治医の指名
所在地		〒 電話番号 - -	
提出代表者	名称 ※該当に○	(地域包括支援センター・指定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)	
	所在地	〒 電話番号 - -	

※第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者)	※申請時に医療保険被保険者証をお持ちください。
医療保険者名	
医療保険者番号	医療保険被保険者証 記号 番号 特定疾病名

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、陸別町から居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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に提示することに同意します。

本人署名 代筆者氏名 (続柄等)

※本人以外が申請する場合に記載

申請者(窓口に来た人)	(続柄等)
※申請者連絡先(住所・連絡先等)	

【事務処理欄】

調査日時	調査員	病院・施設へ連絡	調査場所
月 日 :		済・未	自宅・施設・病院・他 ( )
受付者	主治医意見書の依頼	【参考:申請理由】※新規申請の方	
	(済・未) 月 日 済		