

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	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 <small>(要支援の方の変更申請は新規に○)</small>						
	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	認定の有効期間 年 月 日 から 年 月 日 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 「はい」の場合、申請日 年 月 日								
	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	主治医の氏名								
	所在地	〒			電話番号 - -					
提 出 代 行 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	特定疾病名		
		番号			

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必要がある時は、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 (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		