

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

高森町長様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名													性別	男・女				
	住所	〒												電話番号	-				
	申請時点での 介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く)	有・無	入院・入所施設名																
		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、居宅介護支援事業者、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)	印
提出代行者 住所	〒	電話番号

主治医 (かかりつけ医)	医療機関名
	主治医の氏名

※ 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	

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

(※必ず記入してください。)

被保険者氏名

※ 認定調査に関する聞き取り欄(被保険者以外の連絡先が必要な場合のみ記入してください。)

連絡先	自宅・勤務先() 電話番号
連絡人氏名	被保険者との関係()

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕変更申請

高森町長様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号				申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名				性別	男 ・ 女			
	住所				電話番号				
	申請時点での 介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く)		有・ 無	入院・入所施設名					
				所在地					
				電話番号					
現在の要介護 状態区分等		要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
		有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日						
変更申請の理由									

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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設) 印
提出代行者 住所	〒 ー 電話番号 ー

主 治 医 (かかりつけ医)	医療機関名
	主治医の氏名

※ 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	

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

(※必ず記入してください。)

被保険者氏名	
--------	--

※ 認定調査に関する聞き取り欄(被保険者以外の連絡先が必要な場合のみ記入してください。)

連絡先	自宅・勤務先() 電話番号 ー
連絡人氏名	被保険者との関係()