

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書 〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

高森町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号									個人番号												
医療 保険	保険者名									保険者番号											
	被保険者 記号・番号	記号				番号					枝番										
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 -																				
被保険者 前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護区分	1	2	3	4	5	要支援区分	1	2											
	有効期限	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日											
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	●転出元自治体名(市町村) 【 】																			
	過去6月間の介護保険施設、医療機関への入院、入所の有無	「介護保険施設等」の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日						
		「介護保険施設等」の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日						
		「医療機関等」の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日						
	有・無	「医療機関等」の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日						

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)																
提出代行者 住 所	〒 - 電話番号 -																

主治医 (かかりつけ医)	主治医の氏名					医療機関名												
	所在地	〒 -				電話番号	()	-										

※ 第2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高森町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、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

(※必ず記入してください。)

本人氏名

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()		