

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

被 保 険 者	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		〒 ー 電話番号 ー																					
	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) 【 ー 】																			
					●現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (すでに要介護認定を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) 【 はい ・ いいえ 】 「はい」の場合は、下記に申請日をご記入ください。 【令和 年 月 日】																			
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	〒 ー 電話番号 ー

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

※ 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										
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 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()									