

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

2021.4

【 1. 新規 2. 新規(要支援から要介護への区分変更) 3. 更新 4. 区分変更 5. 転入 】

申請日 令和 年 月 日

鏡野町長 様
次のとおり申請いたします。

		※事務局記入		介護保険被保険者証 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		資格者証交付済 <input type="checkbox"/>	
介護保険被保険者番号		個人番号					
医療 保 険	保険者名	国保・後期高齢・その他()		保険者番号			
	被保険者証	記号	番号			枝番	
ふりがな		男		生年月日		明治・大正・昭和	
氏名		女				年 月 日生	
住 所		〒		鏡野町		電話() -	
前回要介護(支援)認定区分		要支援 1・2		有効 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		要介護 1・2・3・4・5					
区分変更申請の理由		悪化・改善 (どちらかに○印をつけ、その状態や理由を記入してください) 理由【 】					
※転入した者のみ記入		現在、転出元自治体(市町村)に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知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、申請日 年 月 日	

現 在 の 住 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 1. 介護保険施設 2. 医療機関 3. その他()		
	住 所 _____ 病棟 階 号室 _____ 施設名(氏名) _____ 電話() - _____		

※家族・代理人等が申請する場合もこの欄に記載してください。

申 請 者	氏名 または 提出代行者	該当に○印 (本人・家族・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設)	続柄
	住 所	電話() - _____	

主 治 医	最終診察月	医師名	医療機関名
	年 月	所在地	電話() - _____

第二号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※注 申請時に医療保険証を提示してください

特定疾病名	
-------	--

訪問調査に関すること

調査立ち会い希望	有 ・ 無		
立ち会い者氏名	ふりがな _____	続柄	電話 _____
サービス利用状況等	※日程調整をするにあたり、サービス利用状況や定期的な外出予定、調査員への連絡事項等をご記入ください。		

同 意 欄	○個人情報に関すること 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為に必要があるときは、要介護(要支援)認定に係る調査内容・認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、鏡野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者、主治医意見書を記載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。		
	○個人番号、国民健康保険または後期高齢者医療保険の被保険者番号に関すること 本申請書に記載する個人番号や国民健康保険または後期高齢者医療保険の被保険者番号を台帳等で検索し、担当職員が記載又は確認することに同意します。		
	令和 年 月 日		
	被保険者氏名 (本人の場合自署)	代筆者名 (代筆の場合のみ記入)	印 家族の場合 印は不要