

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

中 泊 町 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

提出 代行 者	住 所	〒																	
	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院） 電話番号（ ）																	

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																	
		被保険者証	記号	番 号				枝 番													
	住 所	〒																			
	フリガナ	電話番号（ ）																			
	氏 名	生 年 月 日										明・大・昭 年 月 日									
		性 別										男 ・ 女									
	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 状態区分	1 2 3 4 5										要 支 援 状態区分	要支援 1 2							
		有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日										認定日	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（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。 （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																			
過去6月間の 介護保険施設、医療機関等への 入院、入所の有無	介護保険施設等の名称・所在地										期間 年 月 日 ～ 年 月 日										
	介護保険施設等の名称・所在地										期間 年 月 日 ～ 年 月 日										

主 治 医	医療機関名											次回受診 予定日	令和 年 月 日 頃							
	診 療 科											主治医氏名								
	所 在 地	〒																		
		電話番号（ ）																		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入。

特 定 疾 病 名																		
申請の理由 （本人の状態等を記入下さい）																		
利用サービス希望名を記入 して下さい。																		
訪問調査時の同席について	(1) 同席する	住所																
	(2) 同席しない	氏名（被保険者との関係） ※ 日中確実に連絡が取れる連絡先（ ）																

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は必要があるときは、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中泊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。

本人氏名