

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請書

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

大崎上島町長 様

新規
  要支援者の要介護新規申請
  更新
  区分変更
  転入

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成	年	月	日		
被 保 険 者	被保険者番号						生年月日	
	個人番号							明・大・昭
	フリガナ							年 月 日
	氏名						( ) 歳	
	住所	〒					性別	
							男 ・ 女	
		電話番号 ( )						
	前回の要介護認定の結果等	要支援	1	2	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
		要介護	1	2		3	4	5
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)	※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						
現在の状況 (該当にレ)	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他の施設	入所施設・医療機関等の名称 所在地 電話番号 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・転院予定日 年 月 日						
認定調査先住所	※認定調査先が、被保険者住所と異なる場合は必ずご記入ください。 〒							
	電話番号 ( )							
理由 ( )	■ 認定調査を特に急ぐ必要のある場合は、「末期がん」など具体的理由を記入してください。							

主 治 医	医療機関名				主治医の氏名	
	所在地	〒				
	受診状況	通院中 (最終受診日 平成 年 月 日頃)				入院中
						電話番号 ( )

※本人以外が申請する場合は次の欄に記入してください。

申請者氏名 提出代行者名称 (提出代行者のみ押印)	該当に○ (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・地域包括支援センター、介護医療院)	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
住所 又は 所在地	〒	
	電話番号 ( )	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入し、健康保険証(写)を添付してください。

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、大崎上島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。

受付

本人氏名 \_\_\_\_\_

※ 代筆の場合は、代筆者名を本人署名下に記入してください。

認定調査 立会人氏名	本人との関係 ( 夫・妻・子・嫁・施設職員・ケアマネ )
電話番号	