

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
要介護認定変更

申請書

神石高原町長 様

次のとおり申請します。

新規 更新 変更 転入

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

申請者 住所・氏名	(申請者が本人又は同居者の場合は氏名のみ記入)		被保険者との関係
	電話		
提出代行者 所在地・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
	電話		

被 保 険 者	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							
	氏 名		フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日				
					性 別	男 ・ 女							
	住 所		〒										
			電話										
	現在の 居住場所等		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 (名称) <input type="checkbox"/> その他 ()										
			〒										
			電話										
前回 (現在) の要 介護認定の結果等		更新・変更申 請の場合の み記入	要支援状態区分 1 2		要介護状態区分 1 2 3 4 5								
			有効期間				年	月	日	から	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											
変更申請の理由 ※変更の場合のみ記入													

支 所 受 付 印
本 庁 受 付 印

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
最終受診日または 予定受診日		年 月 日		

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入 (要コピー)

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、神石高原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 _____ 代筆者氏名 _____

