

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

大淀町長様

次のとおり申請いたします。

										申請年月日		令和		年		月		日																					
介護保険 被保険者番号										個人番号 (マイナンバー)																													
医療 保険	被保険者証					記号					番号					枝番																							
	保険者名										保険者番号																												
フリガナ										生年月日					大正		年		月		日																		
氏名										性別					男		・		女																				
被 保 険 者 情 報										住所										電話番号																			
										〒 大淀町																													
前回の要介護 認定の結果等										要介護					1		2		3		4		5		要支援					1		2							
										有効期限										年					月		日		から					年		月		日	
現在の 入院・入所 (有・無)										介護保険施設名										期間					年		月		日から		年		月		日まで				
										(階 号室)															年		月		日まで										
過去6月間の 入院・入所 (有・無)										医療機関名										期間					年		月		日から		年		月		日まで				
										(階 号室)															年		月		日まで										
過去6月間の 入院・入所 (有・無)										医療機関・介護保険施設名										期間					年		月		日から		年		月		日まで				
										(階 号室)															年		月		日まで										

※入院中で退院時期が未定であるなど、介護保険によるサービスの利用計画が立てられない場合は、当該申請書を提出いた
いても認定調査を実施することができません。医師（医療機関）等から心身の状態が安定し、適正な認定調査を実施するこ
とが可能であると判断がなされた後に認定調査を実施することとなります。

主治 医	医療機関名					診療科目								
	所在地					〒					主治医の氏名			

第2号被保険者の方のみご記入ください。（40歳以上64歳までの、医療保険加入者の方）

特定疾病名									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営にあたり、要介護認定・要支援認定にかかる認定調査結果、主治医意見書等の個人情報を居宅介護支援事業者等の介護保険サービス提供事業者へ開示することに同意します。（□へチェックを入れてください。）
--------------------------	---

本人または家族の場合は申請者欄に署名ください。

申請者	（続柄）
-----	------

申請者が介護保険サービス提供事業者の場合は、提出代行者欄に署名ください。（該当に○を記入してください。）

提出代行者 名称	□地域包括支援センター□居宅介護支援事業所□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														
提出代行者 所在地	〒										電話番号				

【裏面も必ずご記入ください。】