

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

※太枠内を記入してください。

受付

稲美町長様

新規 更新 区分変更 転入等

申請日

次のとおり申請します。

① 介護を必要としておられる人を記入してください。

住民票の住所	〒		電話番号			
フリガナ			生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
氏名						
医療保険	保険者名	後期高齢者医療保険・国民健康保険・その他 ()				
	記号	番号	枝番	保険者番号		

② 現在、施設・病院等に入所・入院中など、実際に生活しておられる所が上記の住所と違う場合は記入してください。

現在地住所	〒		電話番号			
施設・病院名等			入所日 入院日	年 月 日		

③ 主治医(かかりつけ医)を記入してください。

所在地	〒		電話番号			
医療機関名	医師名		最近の 受診日	年 月 日		

④ 第2号被保険者(40歳以上65歳未満)のみ特定疾病名を記入し、別紙の介護保険第2号被保険者医療保険資格情報を添付してください。

特定疾病名						
-------	--	--	--	--	--	--

⑤ 訪問調査時、立会いをしていただける人を記入してください。

立会者住所	〒		電話番号			
フリガナ			日中に連絡できる 電話番号			
立会者氏名			続柄	本人の		

⑥ この申請書を提出される人(または、代行事業者)を記入してください。

住所または所在地	〒		電話番号			
フリガナ			日中に連絡できる 電話番号			
氏名・事業者名			続柄	本人の		
申請代行業者種別	1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護医療院					

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、主治医意見書、稲美町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅介護サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、稲美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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> その他
前回認定結果	要支援 ① ② 要介護 ① ② ③ ④ ⑤
前回認定結果の有効期間満了日	令和 年 月 日
訪問調査日	令和 年 月 日() 時 分～

本人氏名						
被保険者番号						
個人番号						
保険料納付状況						