

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

日高町長 様 (  新規  更新  変更 )

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		3 8 2	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	
	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名				性別	男・女
	住所		〒			
			電話番号			
	現在の要介護等 状態区分 ※更新・変更申請 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( 1 2 )	
			有効期限 令和 年 月 日から 令和 年 月 日			
	過去6月間の介護 保険施設・医療機 関等入院・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		
医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日～ 年 月 日		
有・無			医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日

提 出 代 行 者	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・介護医療院)			
	住所	〒			
		電話番号			

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名	
	所在地	〒			

### 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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日高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。

代筆者氏名		本人との関係	本人氏名
代筆者住所		電話番号	
市町村使用欄		確認欄	