

介護保険 (要介護(支援)【新規】【区分変更】【更新】認定) 申請書

八百津町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号	0 5 0 0 0 0										個人番号																		
	医療保険 被保険者証	フリカ ナ										保険者番号					番号					枝番							
氏名	〒										生年月日					明・大・昭 年 月 日													
	住所										電話番号					性別					男 ・ 女								
前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要支援更新認定・区分変更認定の場合に記入										要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2													
	※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入										有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで																		
変更申請の理由	(区分変更申請の場合に記入)																												
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 入院又は入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日 ~ 年 月 日																		
	介護保険施設等の名称等・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																			
提出代行者 住所	〒																			
	電話番号																			

主治医	主治医の氏名										医療機関名									
	所在地										〒									
	電話番号																			

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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

介護サービス計画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・要支援認定に係る調査内容、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、八百津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を同意します。

本人氏名

代理人
(連絡先)