

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

南牧村 様
次のとおり申請します。

年 月 日

被保険者証:
有・紛失・未

◎ 介護保険被保険者証を添付してください(40～64歳の新規申請者を除く)

被 保 険 者	被保険者番号		申請区分		新規・更新・変更	
	個人番号		変更申請			
	フリガナ		の理由			
	氏名		※必ず記入			
	生年月日		明・大・昭 年 月 日 (歳)		性別	男・女
	住 所		〒 電話番号 ()			
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2			
		※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	有効期限 年 月 日 から 年 月 日			
介護保険施設 ・医療機関等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)		有・無		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		
		名 称		年 月 日 から 現在入院・入所中		
		所在地		電話番号 ()		
主 治 医	医療機関名		直近の受診日		年 月 日	
	診療科目名		※次回予約日		年 月 日 受診予約のある方のみ記入	
	主治医の氏名 (1名のみ記入)					
	所 在 地		〒 電話番号 ()			
申 請 者	□ 本 人					
	□ 代 理 人	フリガナ 代理人の氏名	本人との関係			
		住 所	〒 電話番号 ()			
	□ 提出代行	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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) 電話番号 () (印)				

※ 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南牧村から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)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。

(同意する場合は、右欄にご署名をお願いします)

本人氏名	
代筆者氏名	(ご本人との関係)