

介護保険 要介護・要支援認定申請書

新規申請
 更新申請
 区分変更申請
 要支援者の要介護新規申請

熊本県八代郡水川町長 様

次のとおり、介護保険被保険者証を添えて申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0	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																																			
	現在の要介護 状態区分等															要介護状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										要支援状態区分 1 ・ 2										
	有効期間															年 月 日 から										年 月 日 まで										
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無															介護保険施設の名称等										期間	年 月 日 ～ 年 月 日									
																介護保険施設の名称等										期間	年 月 日 ～ 年 月 日									
医療機関の名称等																期間	年 月 日 ～ 年 月 日																			
有 ・ 無															医療機関の名称等										期間	年 月 日 ～ 年 月 日										

申請者											続 柄										
申請者住所	〒																				
提出代行者	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)										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2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）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、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。

保険者確認欄（※要支援者の要介護新規申請の場合） <input type="checkbox"/> 予防の現行ケアプラン <input type="checkbox"/> 介護の暫定ケアプラン一式 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書	本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____ 代筆の理由 _____
--	---