

どちらかに○をしてください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新)

串本町長 様

個人番号が分からない場合は、役場が記入しますので、空欄でも構いません

介護保険被保険者証の番号を記入して下さい

次のとおり申請します。

申請年月日	平成 28 年 1 月 1 日
被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
フリガナ	クシモト タロウ
氏名	串本 太郎
生年月日	明・大・昭 19 年 8 月 1 日
性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住 所	〒 649-3503 串本町串本1800 電話番号 62-0562
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 <input checked="" type="radio"/> 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成 27 年 3 月 1 日 から 平成 27 年 2 月 28 日
過去6月間の介護保険施設医療機関等への入所・入院の有無	介護保険施設の名称等・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 26 年 10 月 1 日～ 27 年 12 月 10 日 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

介護保険被保険者証の裏面「要介護状態区分等」欄
" " 「認定の有効期間」欄

最近半年間、入院や介護保険施設に入所している場合は、有に○をしてください。

認定調査日等の連絡先 (被保険者・ <input checked="" type="radio"/> 右記)	フリガナ氏名 クシモト ハナコ 串本 花子 被保険者との関係 (娘)	TEL 0735-62-6005 (携帯電話・勤務先・ <input checked="" type="radio"/> 自宅)
調査時の家族等の立会希望	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	その他

提出代行者	名称	該当に○ (地域包括支援センター)	事前に電話で認定調査のご都合をお伺いします。被保険者本人以外の方に連絡が必要な場合は、氏名、ご関係、連絡先を記入してください。また、調査にご家族等の立会いを希望される場合は、「調査時の家族等の立会希望」欄の有に○をしてください。
	住所	〒	

主治医	主治医の氏名	古座 一郎	医療機関名	くしもと町立病院
	所在地	〒 649-3510 串本町サンゴ台 691-7 電話番号 62-7111		

第二号被保険者 (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
特定疾病名	特定疾病により介護が必要となった40才～64才の2号被保険者の方に記入していただく欄です。(65歳以上の方は記入不要です。)

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援町が 介護認定を受ける方のお名前を記入してください。 定結果・意見、及び主治医意見書を、串本町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。

本人氏名 **串本 太郎** 印

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新）

串本町長 様

次のとおり申請します。

										申請年月日	平成	年	月	日				
被 保 者	被保険者番号									個人番号								
	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						
	前回の要介護認定の結果等	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 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日						
過去6月間の介護保険施設医療機関等への入所・入院の有無	介護保険施設の名称等・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											期間 年 月 日～ 年 月 日							

認定調査	認定調査日等の連絡先（被保険者・右記）	フリガナ氏名	TEL									
	調査時の家族等の立会希望	有・無	被保険者との関係（ ）（携帯電話・勤務先・自宅）									
		その他										

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）									
	住所	〒									
		電話番号									
		印									

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											

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、串本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。

本人氏名

印