

介護保険（☐新規 ☐更新 ☐区分変更 ☐支援からの新規）申請書

津奈木町長 様

次のとおり申請します。

		保険者番号	4	3	4	8	4	5
		申請年月日	令和		年		月	日
申請者	氏名				本人との関係			
	住所	〒 (電話番号)						
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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）						
		印						

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者の住所及び電話番号について記載する必要はありません。

被 保 険 者	被保険者番号												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																										
	氏名												男 女	生年月日		明・大・昭 年 月 日											
														電話番号													
	住所		〒																								
	前回の要介護 認定等の結果 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・令和 年 月 日										～ 令和 年 月 日														
			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 平・令 年 月 日																	
現在の介護保 険施設・医療 機関等の 入院・入所の 有無（短期入 所を除く）		有 ・ 無	名称											利用期間													
			所在地											平・令 年 月 日													
			電話番号											～平・令 年 月 日													

主治医	主治医の氏名												医療機関名											
	所在地												最終診察月		年 月 受診									
													電話番号											

※2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名											※（2号被保険者の方のみ） 医療保険被保険者証のコピーを添付してください。									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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又は介護保険施設の関係人に提供すること、及び主治医において、主治医意見書の「5.その他特記すべき事項」欄に、審査判定結果、もしくは居宅サービス計画の内容について情報提供を希望する旨が記載されている場合には、当該情報を提供することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人との関係

※裏面も必ずご記入ください