

介護保険要介護・要支援認定申請書

新温泉町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更
介護保険被保険者番号		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		生年月日	大・昭 年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
被 保 険 者	住 所	〒 (電話番号)	
	居 住 地 <small>(上記住所と異なる場合)</small>	〒 (電話番号)	
險	介護保険施設・ 医療機関等入 院入所の有無 (有 ・ 無)	医療機関又は介護保険施設等の名称・所在地	入院入所期間 平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日 ※介護保険施設入所の場合、該当に○ 【 短期入所 ・ 長期入所 】
	訪問調査日程 調整等連絡先 (本人以外の場合)	氏 名 続柄 () 電話番号	訪問調査時家族等 の立会希望の有無 ※該当に○をする
者	前回の要介護 認定の結果等 <small>※更新・変更認定申請 の場合のみ記入</small>	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 認定日： 年 月 日	
	申請理由	有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日	

提 出 代 行 者	該当に○をしてください (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・親族等(代理人))		
	氏 名 (事業所名称)	代理人の場合続柄 ()	
	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新温泉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 _____

この申請書に記載いただいた特定個人情報(新温泉町個人情報保護条例第2条第3号に規定する特定個人情報をいう。)は、介護保険に係る事務に利用します。