

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新 認定区分変更
 * 該当するものに「レ」点をつけてください。

香美町長様

次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係
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・指定介護療養型医療施設・介護老人保健施設)	
申請者住所	〒 - 電話番号 ()	

認定結果及び被保険者証送付先	<input type="checkbox"/> 申請者	氏名	本人との関係
	<input type="checkbox"/> その他(右記も記入)	住所	〒 -

認定を受けようとする者	被保険者番号	0 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	〒 - 電話番号 ()			
	前回の要介護認定の結果等 <small>* 認定を受けている方のみ記入</small>	要介護状態区分 1・2・3・4・5		要支援状態区分 1・2	事業対象者
		有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元市町村名： 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(はい・いいえ) 「はい」の場合・・・申請日 年 月 日			
	介護保険施設入所・医療機関等入院の有無 <small>(短期入所を除く)</small>	有・無	(施設・病院) 名称		
所在地					
(入所・入院) 期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					

主治医	医療機関名	主治医名	科	先生
	所在地	〒 - 電話番号 ()		
	前回受診日	令和 年 月 日	次回受診日	令和 年 月 日

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 ※資格確認書の写しなど医療保険の加入が分かる書類を添付してください。

特定疾病	
------	--

※裏面もご記入ください

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、香美町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、香美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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

(本人氏名) _____ 代理人(代理人氏名) _____

(注) 代理人が記入する場合は、代理人欄も記入してください。なお、提出代行者(ケアマネジャーや施設職員など)が提出する場合も、意思確認のために本人又は代理人(親族等)の自署が必要です。

