

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

川場村長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

※申請日は、村が受理した日となります。

◎ 介護保険被保険者証を添付してください(40～64歳の新規申請者を除く)

被保険者証：
有・紛失・未

被 保 険 者	被保険者番号			申請区分	新規・更新・変更	
	個人番号			変更申請		
	フリガナ			の理由		
	氏名			※必ず記入		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	(歳)	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・要支援更新認定の場合のみ記入 ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 年 月 日 から 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 年 月 日			
介護保険施設・医療機関等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有・無	名称	年 月 日 から 現在入院・入所中			
		所在地	電話番号 ()			
主 治 医	医療機関名			直近の受診日	年 月 日	
	診療科目名			※次回予約日	年 月 日 受診予約のある方のみ記入	
	主治医の氏名 (1名のみ記入)					
	所 在 地	〒 () 電話番号 ()				

村へ書類を提出する人	☐ 本人				
	☐ 代理人	フリガナ 代理人の氏名			本人との関係
	☐ 提出代行	住 所	〒 () 電話番号 ()		
		該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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、介護医療院) 電話番号 () (印)			

※ 2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川場村から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)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。

【調査時の家族立会 有・無 立会者氏名：

連絡先：

】

(同意する場合は、右欄にご署名をお願いします)

本人氏名	
代筆者氏名	(ご本人との関係)