

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

(新規・ 更新・ 区分変更・ 転入継続) ※状況票も併せて提出してください。

忠岡町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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 記号・番号			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				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											
	申請の理由				転出元自治体（市町村）名 []											
					※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入 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											
同席者の有無		有 ・ 無		氏名 続柄						電話番号						
現在の入院や 入所の有無 （短期入所除く）		有 ・ 無		有の場合 入院・入所施設名						電話番号						
				所在地 〒						電話番号						

申請代理人								申請者との関係						
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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）											
	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							

第二号被保険者（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、主治医意見書、忠岡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、忠岡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。

（代筆の場合のみ）

本人氏名（必ず記入）

代筆者 氏名

受付
印

【町記入欄】

本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票(写)・住基台帳・その他()	
本人確認	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()
代理人確認	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・ケアマネ証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()