様式第１号(第２条関係)

介護保険〔要介護・要支援 ~~要介護更新・要支援更新認定~~〕申請書

東串良町長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号	4	8	2	0	0						個人番号											
	医療保険 保険者名											保険者番号											
	医療保険 被保険者証	記号										番号								枝番			
	フリガナ											生年月日	年　　月　　日										
	氏　　名											性　　別	男　・　女										
	住　　所	〒　　振興会名 電話番号																					
	前回の要介護認定結果等（更新認定のみ）	要介護　1　2　3　4　5　　要支援　1　2																					
		有効期間　令和　　年　　月　　日 ～ 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																					
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無	介護保険施設の名称・所在地										期間 令和　年　月　日～　年　月　日											
		医療機関等の名称・所在地										期間 令和　年　月　日～　年　月　日											
	有　・　無	医療機関等の名称・所在地										期間 令和　年　月　日～　年　月　日											

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・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、東串良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

現在利用中のサービスがある場合は、チェック及び事業所名を記入してください。	□訪問介護（ホームヘルプ）・訪問看護	事業所名
	□通所介護・通所リハビリ（デイサービス等）	事業所名
	□その他（住宅改修、福祉用具貸与・購入）	事業所名
調査時の連絡先等【家族等の立合い　有・無】	氏名	続柄
	住所	電話