

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

 新規

 新規
(要支援の区分変更)

 更新

 区分変更

※該当するものに「レ」を記入してください。

湯梨浜町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 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	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		1 2 3 4 5		要支援状態区分		1 2	
				平成・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		転出元自治体(市町村)名[]						
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)								
過 去 6 ヶ 月 間 の 介 護 保 険 施 設 (グ ル プ ホ ー ム ・ ケ ア ハ ウ ス 含 む)へ の 入 所 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 の 有 無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地		期 間		年 月 日 ~		年 月 日		
	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地		期 間		年 月 日 ~		年 月 日		
	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地		期 間		年 月 日 ~		年 月 日		
有 ・ 無									

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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、及び主治医意見書を湯梨浜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。

あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合には申請から30日を超える認定結果までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人氏名

認 定 結 果 通 知 及 び 保 険 証 の 送 付 先	1 自宅	2 届出の居宅介護支援事業所	3 入所先介護施設
	4 その他()		
送 付 先 変 更 の 理 由 (2~4選択時記入)			

※ 送付先が2~4の場合はご家族の同意を得てください。