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

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	医療保険 保険者名	鳥取県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39313705	
	医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ / 氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
			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		
			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[　]		
			現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （すで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　令和　年　月　日		
	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（グループホーム・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		
	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		

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・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護）
	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、主治医意見書、湯梨浜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所得した心身の状況等の情報を、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、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。

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。