

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

宮代町長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	介護保険 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											番号						枝番					
	フリガナ												生年月日						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	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															
			※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																				
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 所の有無		介護保険施設の名称等 所在地												期間	年	月	日	～	年	月	日		
医療機関等の名称等 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																	
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■かかりつけの病院の受診状況 申請日から1か月以内に受診していますか（薬のみの受診除く）
受診している（最終受診日 / ）・受診していない（次回受診日 / ）
※「受診していない」の場合、受診していただかないと認定結果が出せません。

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成や介護サービス提供に必要なときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を宮代町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（介護予防）サービス事業者又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またはその写しを提供することに同意します。

■本人氏名 _____ ■同席者氏名 _____（続柄 _____）

（*介護担当使用欄* _____ ■日中連絡のとれる _____
調査員）電話番号 _____

（ / （ ） : ~ : ） ■調査場所 _____