経由(栗野庁舎 吉松庁舎 郵送)

介護保険 [介護(支援)認定] 申請書
新規 更新 区分変更 転入

始良・伊佐地区介護保険組合 管理者 殿

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		年	月	日(歳)
氏 名	性 別		☐ 男 ☐ 女			
住 所	〒		電話 番号	自宅		
	自治会	携帯				
現在(最終)の認定区分		☐ 要介護(☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) ☐ 要支援(☐ 1 ☐ 2) ☐ 非該当 ☐ 総合事業対象				
		有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
過 去 1 年 間 の 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				年 月 日 ~ 年 月 日	
					年 月 日 ~ 年 月 日	
	その他施設 医療機関等 の名称・所在地・期間				年 月 日 ~ 年 月 日	
					年 月 日 ~ 年 月 日	
☐ 有 ☐ 無						

提 出 代 行 者	名 称	☐ 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 ☐ その他 (本人との関係)			
		(担当者)			
所 在 地	〒	電 話 番 号	自宅		
	携 帯				

主 治 医	医 師 名	医療機関名			
	所 在 地	〒	電 話 番 号		

※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	
-----------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、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。

本人署名	
------	--

代筆者署名	(続柄:)
-------	--------

※本人が記載できない場合は本人の了解の上、本人署名と代筆者署名を記入すること。

★裏面もご記入ください。➡