

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新
 区分変更 転入

高鍋町長

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

被	被保険者番号																			個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日											
保	氏名																		性別	男	・	女																
	住所	〒 -																	電話番号	-	-																	
険	家族連絡先 (結果通知先)	〒 -																	氏名	()					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	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	有効期限	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日																	
者	変更申請の理由 ※区分変更時のみ記入																																					
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日																												
	有・無	介護保険施設等の名称等・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・居宅介護支援事業者・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）																
	住所	〒 - 電話番号 - -																

主治医	医療機関名																主治医の氏名					
	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

医療保険者																医療保険被保険者証記号番号					
特定疾病名																					

介護サービス計画または介護予防サービス計画の作成及び介護報酬の請求のために必要がある時は、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、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅サービス事業者または指定市町村事務受託法人の関係人、並びに主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。（更新申請の場合のみ）申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

代筆者氏名

※代筆時は本人印の押印が必要
(続柄)