

(新規) (更新) (変更) 介護保険要介護・要支援認定申請書

大磯町長 殿

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	0 0 0 0 0	申 請 年 月 日	平成	年	月	日
	フリガナ				生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日
	氏 名				性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 大 磯 町			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
入院・入所の有無 (有・無)	有 効 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	所 在 地 ・ 名 称 等			入 院 入 所 期 間			
				年 月 日から			

申請者が被保険者と同じ、もしくは同居親族の場合は氏名・関係のみお書きください。

申 請 者	氏 名	本人との関係 ()		住 所	〒	電話番号
申請代行 者名称	該当に (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 介護療養型医療施設 その他)					印

次回受診日 年 月 日

主 治 医	医 療 機 関 名	診 療 科 名	科	主 治 医 氏 名
	所 在 地	〒		

第2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 名	医 療 保 険 被 保 険 者 証 記 号 番 号
特 定 疾 病 名	

介護サービス計画を作成するため又は町の高齢者福祉施策対応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。

本人氏名

町記載欄				調査にあたっての連絡事項								
立会い者 ()											
連絡先 ()											
連絡可能な時間 ()											
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>保険証</td> <td>資格者証</td> <td>意見書</td> <td>調査</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	保険証	資格者証	意見書	調査							
保険証	資格者証	意見書	調査									
											