

**(新規)
(更新) 認定申請書
(変更)**

介護保険要介護・要支援

大磯町長 殿

次のおり申請します。

申 請	年	月	日
-----	---	---	---

被 保 険 者	個 人 番 号											被 保 険 者 番 号	0	0	0	0								
	医 療 保 険	保 険 者 名											保 険 者 番 号											
		被 保 険 者 証	記 号											番 号						枝 番				
	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					駐 車 場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	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	要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5																
	有効期間	平成 年 月 日 から					平成 年 月 日																	
入院・入所の有無 (有・無)	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○(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・介護療養型医療施設・その他)										電 話 番 号						

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	〒										電 話 番 号							

※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

特 定 疾 病 名															
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス作成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、大磯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若しく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することに同意します。

本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

町記載欄				調査にあたっての連絡事項(退院の予定・申請の理由など)
<input type="checkbox"/>	立会い者	()		
<input type="checkbox"/>	連絡先	()		
<input type="checkbox"/>	連絡可能な時間	()		
保 険 証	資 格 者 証	意 見 書	調 査	

記入上の留意点

○ 駐車場の有無

認定調査は車で伺います。路上駐車ができませんので、駐車場の有無について必ずご記入をお願いします。

○ 主治医

普段から受診しており、本人の身体や精神の状況をよく理解している医師を1名記入してください。

また、次回受診日も記入してください（入院・入所中の方は不要です）。

申請日以降受診予定がないときや、しばらく受診していないときなどは、あらためて受診していただく場合がありますのでご承知おきください。