

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新 転入（該当するものにレ点をつけてください。）

せたな町長 様

次のとおり申請します。

					申請年月日	年	月	日
被 保 険 者	被保険者番号				個人番号			
	医 療 保 険	保 険 者 名			保 険 者 番 号			
		被保険者証		記 号	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 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>				<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	有効期間				年 月 日から 年 月 日まで			
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無				介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
					介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
有 ・ 無				医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		

申 請 書 を 提 出 さ れ た 方	家 族 等	氏 名		本人との関係		
		住 所				(電話番号)
	事 業 者	該当に○（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、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）				
		名 称		住 所		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地			

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	
-------	--

- 1 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せたな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。
- 2 現在受けている要介護(要支援)認定の有効期間内に要介護(支援)認定を行うことができる場合であれば、申請日から30日を超えて処分を行う場合であってもせたな町から被保険者に発出する延期通知を省略することに同意します。（要介護(支援)更新申請を申請された方のみ）

本人氏名	
------	--

※以下は記入しないでください。（せたな町記入欄）

受 付	申請情報入力	主治医入力	調査員入力	保険証提出	資格者証	備 考
	／	／	／	有・無	未発行 ・ 発行	

（備考欄には送付先が住所と異なる場合や医療機関受診予定日等連絡事項を記入）