

介護保険 要介護 要支援 認定申請書（新規・更新・区分変更）

板倉町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号														
	フリガナ											性別	生年月日					受付印								
	氏名											男・女	明治・大正・昭和 年 月 日													
	住所	〒 板倉町										電話番号 ()														
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																			
	※ 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日 から 年 月 日																								
	※ 14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名[]										現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） 「はい」の場合：申請日 年 月 日										はい・いいえ				
	変更申請の理由																									
	現在の介護保険施設又は医療機関等入院入所の有無【有・無】	介護保険施設の名称等・所在地										医療機関等の名称等・所在地・入院している病棟名										入院日 年 月 日				

主治医	医療機関名	(内科・整形・脳外・科)										主治(指定)医氏名									
	住所	〒										電話番号 ()					在宅		新規		
																	施設		継続		

申 請 者	本人または家族等	氏名											本人との関係	本人・()									
	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・介護医療院)										印										
	住所等を記入	被保険者と同じ										電話番号 ()											

結果等郵送先	被保険者住所 ・ 申請者住所 ・ その他（下記に記載）										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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
特定疾病名	脳血管疾患 ・ 慢性関節リウマチ ・ その他 ()																				

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は必要があるときは、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、板倉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
[代理者]

面 接 調 査 日 程 等 の 連 絡 先	フリガナ											本人との関係	連絡がとれる日時									
	氏名	申請者と同じ										月・火・水・木・金										
	連絡先	①										()時～()時										
		②										いつでも大丈夫										
	備考																					

町記入欄	受付者	資格者証交付	申請入力	意見書	調査書	審査
------	-----	--------	------	-----	-----	----

介護保険被保険者証 (回収 ・ 未回収)

