

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

神奈川県足柄上郡松田町長
 本山 博幸 様
 次のとおり申請します。

該当するものに☑をしてください

新規 更新 要支援からの新規申請 転入

申請年月日
 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 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				() 歳					
	氏名		性別									
	住所		〒 電話番号									
	過去の要介護 認定の結果等		※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有効期間							
		※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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日								
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無(○を)		有	入院・ 入所施設名				入院・入所の期間					
		無	所在地				現在も入院・入所中					

申 出 代 行 者	氏名 (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) 個人の方はフリガナを 担当者名 ()									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	氏名	診療科 () 科	医療機関名	直近の受診日: 月 日
	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 ※医療保険証のコピーが必要です。

特定疾病名	
-------	--

介護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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業
 者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

(続柄

)