

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
要介護認定区分変更・要支援認定区分変更)

申請書

上益城広域連合

町

受付
印
欄

熊本県上益城広域連合
連合長 西村 博 則 様
(住所地の町経由)

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名		被保険者との関係	
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・指定介護老人保健施設・介護医療院)		
申請者住所	〒 -	電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月 日
	氏名		性別	男	・	女
	医療保険	保険者名: 被保険者証記号:	保険者番号: 番号:	枝番:		
	住所	〒 -	電話番号			
	前回の要介護認定の結果等 ※前回の結果がある場合は記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2			
	有効期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日		
変更申請の理由 ※区分変更及び有効期間の満了していない新規申請の場合のみ記入						
介護保険施設 医療機関等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名				
		所在地				
	無					

主 治 医	主治医氏名		医療機関名	
	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

特定疾病名	①関節リウマチ ②筋萎縮性側索硬化症 ③後縦靭帯骨化症 ④骨折を伴う骨粗鬆症 ⑤初老期における認知症 ⑥パーキンソン病関連疾患 ⑦脊髄小脳変性症 ⑧脊柱管狭窄症 ⑨早老症 ⑩多系統萎縮症 ⑪脳血管疾患 ⑫糖尿病性神経障害等 ⑬閉塞性動脈硬化症 ⑭慢性閉塞性肺疾患 ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 ⑯がん (医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
-------	--

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、申請書を提出した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 _____ (関係) 本人との続柄 _____
※本人氏名を代筆した場合は、上記に記入してください。