

介護保険要介護認定・要支援認定申請書
(新規 ・ 更新 ・ 区分変更)

町受付印欄

熊本県上益城広域連合長 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	山都 太郎(窓口で提出する人)	被保険者との関係	長男
申請者住所	〒 - 電話番号 申請者の住所または代行事業所の所在地		日中連絡がつく電話番号
提出代行事業者名	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) 代行事業者名		

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	*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	ヤマト ハナコ		生年月日	明・大 昭 △ 年 △ 月 △ 日
	氏名	山都 花子		性別	男 ・ 女
	住所	〒 - 電話番号 申請者住所と同じ場合は「同上」でかまいません			
	医療保険	保険者名: 山都町	保険者番号:		
		被保険者記号: 山都	番号: 1234567	枝番: 02	
	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 ※区分変更の場合に記入	区分変更申請の場合は記入が必要です				
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 入院中や介護施設等に入所中の人はご記入ください			
	無	所在地 病院・施設等の住所			

主治医	主治医氏名	フルネームでご記入ください	医療機関名	病院名
	所在地	〒 - 電話番号 病院の所在地		病院の電話番号

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 ⑥小脳変性症 ⑧脊柱管狭窄症 ⑨早老症 ⑩多系統 ⑪障害等 ⑬閉塞性動脈硬化症 ⑭慢性閉塞性肺疾患 ⑮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。)
-------	--

40歳~64歳の方が申請する場合は、
該当する疾病名を選択してください。

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、及び代筆者氏名は手書きで、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は関係人、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署名してください。

本人氏名 山都 花子

代筆者氏名 山都 太郎

(関係) 本人との続柄 長男

※本人氏名を代筆した場合は、上記に直筆で記入してください。