

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		被保険者との関係	
申請者住所	〒	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)		

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								
	住所	〒	電話番号											
	医療保険	保険者名:	被保険者番号:											
		被保険者記号:	番号:	枝番:										
	前回の要介護認定の結果 ※ある場合のみ記入	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														
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・無	入院・入所施設名												
		所在地												

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。)
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、主治医意見書、山都町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、山都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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 _____ (関係) 本人との続柄 _____
代筆者氏名 _____
※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。