

新規申請は両方囲む

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

新規申請以外はいずれかを囲む

熊本県上益城広域連合
連合長 荒木 泰 臣 様

(住所地の町経由)

次のとおり申請します。

申請者氏名	本人または家族の名前	被保険者との関係	続柄
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)		
申請者住所	申請者の住所と電話番号を記入		

記入した日

申請年月日 平成 年 月 日

被保険者番号	個人番号	介護が必要な人の生年月日
フリガナ	生年月日	明 年 月 日
氏名	性別	男 ・ 女
住所	介護が必要な人の住所と電話番号を記入	
前回の要介護認定の結果等	要介護状態 要支援状態区分 1 2	
※前回の結果がある場合は記入	有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日	
変更申請の理由	(区分変更の場合のみ) 状態悪化の原因など出来るだけ詳しく記入	
※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		

有・無どちらかに○をつける

有	入院・入所施設名	入院または入所の施設名を記入
有	所在地	上の施設の住所を記入
無		

主治医	かかりつけ医または入院している時は主治医	医療機関名	かかりつけ医または入院している病院名
所在地	かかりつけ医または入院している病院の住所と電話番号		

必ず記入！(2号被保険者：40歳から64歳の医療保険加入者の場合)

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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。

必ず記入！(代筆可)

家族などで代筆した場合のみ記入

本人氏名 本人自署

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。

(連合用)