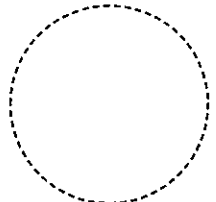


介護保険 要介護・要支援 認定申請書

様



次のとおり申請します。

新規
 更新
 状態区分変更
 転入
 その他 ()

(状態が変化し、認定の有効期間中に再度申請をされる方)

受付・申請日

①介護を必要としておられる人について記入してください。

住民票の住所	〒	・電話番号 () ・昼に連絡可の電話番号 () 方		
ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
氏名			性別	男・女

②現在、施設へ入所しておられる場合や病院へ入院しておられる場合、また実際に生活しておられる所が上記の住所と違う場合も記入してください。

現在地住所	〒	電話番号 ()		
入院・入所の場合	(施設・病院名)	入院日 入所日	年	月 日
ふりがな				
在宅の場合		様宅	続柄	本人の

③主治医はいますか？ (1 はい 2 指定医による診察を希望します。)

所在地	〒	電話番号 ()		
医療機関名		医師名	最近の 受診日	年 月 日

④第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方のみ、現在加入しておられる医療保険証のコピーを添付し、下記欄に記入してください。

医療保険者の名称	記号	番号	
特定疾病名			

⑤訪問調査時、立会いをしていただける方に連絡をいたしますので記入してください。

立会者住所	〒	・電話番号 () ・昼に連絡可の電話番号 () 方		
ふりがな				
立会者氏名			続柄	本人の
連絡事項				

⑥この申請書を提出される方(又は、申請代行業者)について記入してください。

住所所在地	〒	・電話番号 () ・昼に連絡可の電話番号 () 方		
ふりがな				
氏名 事業者名			続柄	本人の
代行業者種別	1. 居宅介護支援事業者 4. 指定介護療養型医療施設	2. 指定介護老人福祉施設 5. 社会保険労務士	3. 介護老人保健施設 6. 地域包括支援センター	

※重要事項 (よくお読み下さい)

介護サービス計画また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・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、播磨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、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。また、主治医から求めがあれば認定結果資料を提示することに同意します。

月 日入力	月 日照合		
前歴(自立・支1・支2・経過的要介護・1・2・3・4・5)			
前回結果の有効期間満了日		年	月 日
保険料滞納 (有・無)			
受付			

本人氏名

(整理番号)

保険証番号					
-------	--	--	--	--	--