

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

草津町長 様
次のとおり申請します。

年 月 日

被保険者証：
有・紛失・未

◎ 介護保険被保険者証を添付してください(40～64歳の新規申請者を除く)

被 保 険 者	被保険者番号			申請区分	新規・更新・変更		
	フリガナ			変更申請の理由			
	氏名			※必ず記入			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	() 歳	性別	男・女	
	住所	〒			電話番号	()	
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	名称			年月日	から 現在入院・入所中	
		所在地			電話番号	()	
主 治 医	医療機関名			直近の受診日	平成 年 月 日		
	診療科目名						
	主治医の氏名 (1名のみ記入)			※次回予約日	平成 年 月 日 受診予約のある方のみ記入		
	所在地	〒			電話番号	()	

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人			本人との関係		
	<input type="checkbox"/> 代理人	フリガナ 代理人の氏名			住所	〒
	<input type="checkbox"/> 提出代行			電話番号		
		該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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)				
		(印)				
		電話番号 ()				

※ 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 (医療保険証のコピー添付)

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号		
特定疾病名					

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、及び主治医意見書を草津町から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)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。

(同意する場合は、右欄にご署名をお願いします)

本人氏名		
代筆者氏名	(本人との関係)	