

介護保険〔要介護・要支援〕認定申請書

☐新規
 ☐更新
 ☐区分の変更
 ☐転入
 ※該当にレ点を付けてください

昭和町長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

※個人番号の確認に同意します。 ☐

(認定を受けようとしている方) 申請者	被保険者番号			個人番号												
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日											
	氏名 (自著の場合又は代理人による介護保険証の提示があった場合は押印不要)	印		性別	男 ・ 女											
	住所	〒 電話番号														
前回の要介護認定の結果等	※更新、区分変更の者のみ記入	要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5														
		有効期限 令和・平成 年 月 日 から 令和 年 月 日														
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日														
医療保険	保険者名	※国保、後期加入の方は記入の必要はありません。			保険者番号											
	被保険者証	記号		番号		枝番										
	被保険者名															
	取得日	年 月 日	続柄													

(申請者本人の場合は記載不用)	家族等	氏名														
		住所	〒 電話番号													
	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、介護医療院）													
		住所	〒 電話番号													

主治医	主治医の氏名				医療機関名			
	所在地	〒 電話番号						

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、及び主治医意見書を、昭和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。

本人氏名

㊞（被保険者本人の場合は押印不要）

* 現在利用している介護サービス等の状況

現在利用している介護サービス					
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所 有 ・ 無	介護保険施設、医療機関等の名称・所在地	期間	年	月	日 ~
	介護保険施設、医療機関等の名称・所在地	期間	年	月	日 ~

* 立会人および認定調査時等の連絡先

認定調査時等の 連絡先	氏 名	本人との関係 []
	住 所	
	電話番号	

* 備考（区分変更の場合は申請の理由を記入）

* 備考（役場記入欄）

第2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 * 2号被保険者は次の特定疾病によることが認定の要件となります。

※右の表の該当する番号を ○で囲んで下さい。	1 <u>がん(がん末期)</u>	9 <u>脊柱管狭窄症</u>
	2 <u>関節リウマチ</u>	10 <u>早老症</u>
	3 <u>筋萎縮性側索硬化症</u>	11 <u>多系統委縮症</u>
	4 <u>後縦靱帯骨化症</u>	12 <u>糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿</u>
	5 <u>骨折を伴う骨粗しょう症</u>	<u>病性網膜症</u>
	6 <u>初老期における認知症</u>	13 <u>脳血管疾患</u>
	7 <u>進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(パーキンソン病関連疾患)</u>	14 <u>閉塞性動脈硬化症</u>
	8 <u>脊髄小脳変性症</u>	15 <u>慢性閉塞性肺疾患</u>
	16 <u>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</u>	

* 記入事項等不明な点がありましたら、お問い合わせください。
昭和町役場 福祉介護課 介護保険係
055（275）8784（直通）