

該当する申請の種類にチェック

# 介護保険 [要介護]

マイナンバーを記入し、確認の同意欄に☑をお願いします。  
※申請時、マイナンバーが分かる書類を持参する  
※マイナンバーが不明な場合は☑のみで構いません。

新規 更新 区分の変更 転入 ※マイナンバーを付けてください  
昭和町長 様 保険証(一)上部に 申請日 令和XX年XX月XX日  
次のとおり申請します。 ある「番号」を記入 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	XXXX	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	フリガナ	ショウワ タロウ	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)	昭和 太郎	性別	(男) ・ 女
	住所	〒409-3880 昭和町押越542-2	電話番号	055-275-2111

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
	※14日以内で他自治体から転入した者のみ記入	有効期限 (令和・平成) XX年XX月XX日 から 令和XX年XX月XX日	
	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

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		
	被保険者証	記号	支	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) 申請者本人の場合	家族等	氏名	昭和 花子	本人記入の場合記載不要	本人との関係 [ 妻 ]	
		住所	〒 同上	電話番号	090-1234-XXXX	
	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	押原 次郎	医療機関名	押原診療所
	所在地	〒409-3864 昭和町押越616	電話番号	055-275-XXXX

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、申請者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...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... 郵送の場合は必ず押印...に同意します。

本人氏名 昭和 太郎 (印) (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

利用している介護サービスを記入

現在利用している介護サービス	デイサービス（週2回・火木）、レンタル（ベッド・車椅子）	
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	和 X 年 XX 月 XX 日～令和 X 年 XX 月 XX 日
	特別養護老人ホーム、西 介護保険施設、医療機関等 町立常永病院	過去半年間に介護施設に入所や病院に入院した場合は記入 和 X 年 XX 月 XX 日～令和 X 年 XX 月 XX 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	立会人となるご家族の氏名および連絡先を必ず記入
	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>後縦靭帯骨化症</u>	12 <u>糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症</u>
	5 <u>骨折を伴う骨粗しょう症</u>	13 <u>脳血管疾患</u>
	6 <u>初老期における認知症</u>	14 <u>閉塞性動脈硬化症</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>	15 <u>慢性閉塞性肺疾患</u>
	8 <u>脊髄小脳変性症</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)