

介護保険要介護・要支援認定申請書（新規・変更・更新）

串本町長 宛

介護保険被保険者証の番号を記入して下さい。

（申請年月日）令和 8 年 4 月 1 日

被	被保険者番号		0000123456		個人番号			
	医療保険	保険者名	40歳から64歳の方は、医療保険の情報を記入して下さい。		保険者番号	個人番号がわからない場合は、役場が記入しますので、空欄でも構いません。		
保	フリガナ		クシモト タロウ		番号			
	氏名		串本 太郎		生年月日	明・大・昭 15 年 4 月 1 日		
	住所		〒649-3592 串本町サンゴ台 690 番地 5		電話番号 0735-62-0562			
	新規・変更申請の理由 （新規・変更申請のみ記入）		主な理由： 身体機能・認知機能の悪化（詳細：		新規・変更申請の方は、理由を具体的に記入してください。			
険	前回の要介護認定結果等		※要介護、要支援認定更新・変更のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態 1 2	
					有効期限		令和 7 年 4 月 1 日 ~ 令和 8 年 4 月 31 日	
			14 日以内に転入した場合のみ		転出元自治体（市町村）名		転出元の介護認定申請日 年 月 日	
者	過去 6 か月間の介護保険施設への入所、医療機関への入院の有無		介護保険施設の名称等・所在地		介護保険被保険者証の裏面「要介護状態区分等」欄「認定の有効期間」欄			
	有・無		医療機関等の名称等・所在地		期間 8 年 4 月 1 日 ~ 年 月 日			

最近半年間、入院や介護保険施設に入所している場合は、有に○をしてください。

認 定 調 査	認定調査日等の連絡先 （被保険者・右記）		フリガナ	串本 花子	TEL	0735-62-0562	
	調査場所		□自宅 □入院・入所先施設 ■その他（串本町サンゴ台〇〇番地（娘宅））				
	調査時の家族等の立会希望		有・無・その他備考：				
	電話連絡可能な時間		■いつでも可 □午前可				

・事前に電話で認定調査のご都合をお伺いします。
被保険者本人以外の方に連絡が必要な場合は、氏名、ご関係、連絡先を記入してください。
・調査場所が自宅以外の場合、その他に住所を記入してください。
・調査にご家族等の立合いを希望される場合は、「調査時の家族等の立会希望」欄に有に○をしてください。
・電話連絡が可能な時間帯に✓してください。

提出 代 行 者	名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護
	住所	〒

主 治 医	主治医の氏名	串本 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	かかりつけの病院の受診状況を記入してください。		
受診状況	定期受診中（1回/1か月）・不定期・入院中		最近の（受診日）	4 月 3 日
特定疾病名（※40歳から64歳の方のみ記入）				

介護サービス計画の作成 40歳から64歳の方のみ、特定疾病を記入してください。・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果、本人、主治医、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、串本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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に

介護認定を受ける方のお名前をご記入ください。
※家族等の代筆でも可。

本人氏名

串本 太郎