

介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新）

串本町長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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											性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒																				
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2									
			有効期限 年 月 日 から 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 平成 年 月 日																			
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日 ~ 年 月 日											
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日 ~ 年 月 日											

認 定 調 査	認定調査日等の連絡先（被保険者・右記）	フリガナ氏名	T E L 被保険者との関係（ ）（携帯電話・勤務先・自宅）	
	調査時の家族等の立会希望	有・無	その他	

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		

第二号被保険者（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、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

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新）

串本町長 様

次のとおり申請します。

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 元年 7 月 1 日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ	クシモト タロウ	生年月日	明・大・昭 15 年 4 月 1 日
	氏 名	串本 太郎	性	
	住 所	〒649-3503 串本町串本 1800	個人番号が分からない場合は、役場が記入 しますので、空欄でも構いません	
	電話番号	62-0562		
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要 支援更新認 定の 場合 のみ 記入	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
		有効期限 平成 30 年 9 月 1 日 から 令和 元年 8 月 31 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	
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 入 所 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		
	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	有 無	くしもと町立病院	期間 30 年 5 月 1 日 ~ 30 年 5 月 31 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 氏名	クシモト ハナコ 串本 花子	TEL 0735-62-6005
	調査時の家族等の 立会希望	有・無	その他	被保険者との関係（娘）（携帯電話・勤務先・自宅）

提 出 代 理 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター）
	住 所	〒

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。  
また、調査にご家族等の立会いを希望される場合は、「調査時の家族等の立会希望」欄の有に○をしてください。

電話番号

主 治 医	主治医の氏名	古座 一郎	医療機関名	くしもと町立病院
	所 在 地	〒649-3510 串本町サンゴ台 691-7	電話番号	62-7111

第二号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	特定疾病により介護が必要となった 40 才～64 才の 2 号被保険者の方に記入していただく欄です。（65 歳以上の方は記入不要です。）

介護サービス計画の作成等介護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、串本町から

介護認定を受ける方のお名前をご記入ください。

若しくは介護保険施設の関係人、  
にすること同意します。

本人氏名 ● 串本 太郎