

介護保険要介護・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 4 年 4 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 | |
| | 医療保険 | 保険者名 | 被保険者 | 医療保険の情報を記入して下さい。 |
| | フリガナ | クシモト タロウ | 生年月日 | 明・天・昭 年 月 日 |
| | 氏名 | 串本 太郎 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 保 険 | 住所 | 〒649-3503 串本町サンゴ台 6 9 0 番地 5 電話番号 6 2 - 0 5 6 2 | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | ※要介護、要支援更新認定のみ記入 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 3 年 4 月 1 日 から 令和 4 年 3 月 3 1 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 | | |
| | 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 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 | | |

| | | | | |
|------------------|---------------------|--------|-------|------------------|
| 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 | 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 | |

| | | | |
|-----------------------|----|------------------|--|
| 提 出 代 行 者 | 名称 | 該当に○（地域包括支援センター） | 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。 |
| | 住所 | 〒 | |

| | | | | |
|-------------|--------|-------|-------|----------|
| 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 | 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、特定疾病名を記入。

| | |
|-----------------------|--|
| 特 定 疾 病 名 | |
|-----------------------|--|

介護サービス計画 40 歳から 64 歳の方のみ、特定疾病名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出することに同意します。

介護認定を受ける方のお名前をご記入ください。

● 本人氏名 串本 太郎