

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 要介護更新認定・要支援更新認定

牡鹿郡女川町長 様
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 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)	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号				
	医療 保 険	保険者名			保険者番号		
		被保険者証	記号			番号	枝番
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏 名				性 別		
	住 所	〒 -			電話番号		
	前回要介護 認定の結果等	*要介護・ 要支援認定 更新の場合 のみ記入	有効期間 令和 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」を選択して下さい) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
	過去6ヶ月間 の介護保険施設・医療機関 等の入院入所 有 無	介護保険施設・医療機関等の名称、所在地		期間 年 月 日 ~ 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 ~ 年 月 日			
有・無							

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

※次に病院を受診する日を記入してください。 月 日 (頃)
 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

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正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、女川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また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

○介護保険被保険者証の郵送先について

①住民票上の住所

②住民票上の住所以外（ 入所先施設へ・それ以外へ ）

住所：〒

宛先：

続柄：

○現在利用しているサービス

（サービス名と曜日、利用時間を記入してください）

訪問サービス

通所サービス

施設サービス 特養・老健・ショートステイ

福祉用具

その他 タクシー券・おむつ券

○担当施設職員（施設入所中の場合のみ記入してください）

氏名：

電話番号：

○その他（認定手続きにあたり留意すべき事項があれば記入してください）

認定を受ける方の 所在	住所	
	入院（所）中：	階 病棟 号室
訪問調査 立会い希望の有無	有 無	氏 名： 続 柄： 電話番号：（自 宅） （携帯電話） 連絡のとれやすい時間帯： 同居・別居（どちらかに○をつけてください）