

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

羽幌町長 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	〒		
		電話番号		
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 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」を選択してください) はい ・ いいえ		
		「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日		
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日	～ 年 月 日
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日	～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日	～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・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

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			

介護サービスの利用者負担額軽減措置のために必要がある時は、私及び同一世帯の課税状況につき、町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。また、当申請により町長が知り得た情報（認定調査票、一次判定結果、二次判定変更理由・意見、主治医意見書、認定結果等）を、「地域包括支援センター」「介護保険サービス事業者」「主治医意見書記載医師」「認定調査従事調査員」に必要に応じて提供することに同意いたします。

本人氏名

印