

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 平成 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																						
險	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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 年 月 日 から 平成 年 月 日																																								
者	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																												
		介護保険施設の名称等・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）																		印				
	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」に必要な応じて提供することに同意いたします。

本人氏名

印