

表

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規 更新 変更 転入

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

(申請先)佐用町長 様  
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号	0								
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者 ( 認 定 を 受 け る 方 )	フリガナ		個人番号							
	氏 名		生年月日	明 大 昭	年	月	日			
			性 別	男 ・ 女						
	住 民 票 上 の 住 所	〒 ー 佐用町 *アパート・マンション名も記入してください。 電話番号 ー ー								
	現 在 ( 最 終 ) の 認 定 区 分 ( 新 規 の 方 は 記 入 不 要 で す )	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日まで						
		佐用町に転入して14日以内の方は下記をご記入ください 前市区町村[ ]で 認定あり・認定なし・申請中								
		変更・介護申請の理由 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )								
	過 去 6 ヶ 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	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日							
		介護保険施設等の名称	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日							
		医療機関等の名称	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日							
有 ・ 無		医療機関等の名称	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日							

主 治 医	医療機関名		医師名	
	所在地	〒 ー 電話番号 ー ー <input type="checkbox"/> 入院中		
	最終受診日※	年 月 日	次回診察予定日	年 月 日

※入院中の方は診察日の記入は不要です。

同 意 欄	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時は、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、および主治医意見書を佐用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。  被保険者名 _____		
-------------	--	--	--

佐用町使用欄

受付	ライフ入力	意見書依頼日	意見書入手日	委託	調査日

裏面へ  
つづく

