

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  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者 ( 認 定 を 受 け る 方 )	介護保険 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	明 大 昭	年	月	日									
	氏名												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。													
	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													
	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											
	最 終 受 診 日 ※	年 月 日		次回診察予定日		年 月 日		□入院中 退院予定日		月 日		年 月 日											

※入院中の方は診察日の記入は不要です。

※現在入院中の方は、退院日の1か月前からの申請となります。

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

裏

委任欄	私は、介護保険認定申請に関する手続きを、下記の者に委任します。
	被保険者氏名 _____ (印) ※個人番号記入の場合のみ ※本人以外が申請する場合に記名と押印をお願いします

提出者	家族または提出代行者 *本人の場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 家族(続柄 )
	氏名(名称) _____ (印)(家族の場合は不要)
	住所(所在地) _____ 〒 _____
	電話番号 ( ) _____

**第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入**  
**※医療保険の被保険者証の写しを添付してください**

特定疾病名	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症(アルツハイマー病・脳血管性認知症等) <input type="checkbox"/> 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症(ウエルナー症候群等) <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎等) <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
医療保険者名	
被保険者証記号番号	記号 _____ 番号 _____