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

新地町長　様

65歳以上の1号被保険者は空欄可　　赤字→必須　緑字→該当すれば記載

次のとおり申請します。　　申 請 年 月 日　〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者	被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
	医療保険 保険者名	新地町		被保険者番号	071274		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号	島87	番号	0000000	枝番	1
	フリガナ	シンチ　タロウ		生年月日	明・大・昭　〇〇年　〇〇月　〇〇日		
	氏　名	新地　太郎		性　別	男　・　女		
	住　所	〒979-2792　※住所地と現在の居所が異なる場合は（）書きで記載してください 福島県相馬郡新地町谷地小屋字樋掛田30番地　（相馬市中村〇〇番地） 電話番号 0244－62－2931					
	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 有効期間　年　月　日から　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［　相双市　］ 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」を選択の場合、申請日　年　月　日				
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地 新地病院　福島県相馬郡新地町谷地小屋字〇〇		期間　〇〇年〇〇月〇〇日～　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			

申請者氏名	新地　花子	本人との関係	妻
提出代行者名称	該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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） 相双居宅介護支援事業所　印		
申請者住所	〒979-2702　福島県相馬郡新地町谷地小屋〇〇 電話番号 090－〇〇〇〇－〇〇〇〇		

主　治　医	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

2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	脳血管疾患、初老期の認知症、末期がん等の特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切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、新地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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿