

※新規申請の場合

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

青地→不明の場合は空欄可

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					
	医療 保 険	保険者名	新地町		保険者番号	071274			
		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 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			
		*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」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						
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○(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	谷地小屋 一郎	医療機関名	谷地小屋病院
	所 在 地	〒979-2702 福島県相馬郡新地町谷地小屋字〇〇 電話番号 0244-62-××××		

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、新地町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 新地 太郎

主治医が「菅野医院」もしくは「渡辺病院の方は、別紙「主治医意見書予診表」を記入してください。