

**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**

日高町長 様

認定調査同席希望 有 ・ 無

次のとおり申請します。

		申請年月日				年 月 日				
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0				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	明治・大正・昭和			
	氏 名						年 月 日			
						性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 -				電話番号 ( ) -				
	前 回 の 認 定 の 結 果 等 ( <small>更新の場合のみ記入</small> )	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2				
		有効期間				年 月 日 から	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 ( <small>短期入所を含む</small> )	介護保険/医療施設の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
介護保険/医療施設の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
有 ・ 無				介護保険/医療施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
その他特記事項										
主 治 医	主治医の氏名					医療機関名				
	所在地	〒				電話番号				

**※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名・住所・電話番号は記載不要**

申 請 者	氏 名					本人との関係				
	住 所	〒				電話番号				
提出代行者 (名称・所在地)		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)								
		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	
-------	--

**※ 町記入欄**

処 理 欄	受付印	介護保険料 (滞納状況)	被保険者証 (回収)	申 請 区 分	調 査 依 頼	備 考
		有 ・ 無	済 ・ 未	新規 ・ 更新	施設 ・ 在宅	・

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係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日高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

同意する       同意しない