|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介 護 保 険 |  | 要介護認定 | ・ | 要支援認定 |  | 申 請 書 |
|  | 要介護更新認定 | ・ | 要支援更新認定 |  |

白子町長　　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名 |  | 本人との関係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 提出代行者 | 名　称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）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・介護医療院）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏 名 |  |
| 性 別 |  |
| 住 所 | 〒 |  |
| 電話番号 |
| 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 |  |
| 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 | 転入元自治体（市町村）名[　　　　　　　　　　]現在、転入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」の場合、申請日　　　　年　　月　　日 |
|  過去６月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入院の有無 | 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所 在 地 | 〒  電話番号 |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  |

 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白子町から地域包括支援センター、居宅介護（介護予防）支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者、若しくは、介護保険施設等の関係人、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