

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

※太枠の中だけ記入してください。

和木町長 様
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

提出 代 行 者	名 称		(該当に○をつけてください) 1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業所 3 介護保険施設 4 その他
	住 所	Tel () -	

被 保 険 者	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 記号・番号	記号					番号					枝番							
	フリガナ										生年月日		大・昭		年		月		日	
	氏 名										性 別		男		・		女			
	住 所		〒 Tel () -																	
	訪問調査先 住所と同じ 場合は不要		〒 ※入院・入所中の場合は施設名（病棟など）のみ Tel () -																	
	訪問調査日時 等の連絡先		Tel () -										氏名 本人との続柄 ()							
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分		要支援 1 2 :				要介護 1 2 3 4 5											
	※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有 効 期 限		令和 年 月 日 から令和 年 月 日															
新 規 申 請 の 場 合		サービスの利用予定がありますか？								はい いいえ										
		「はい」の場合予定しているサービスは？																		

主 治 医	主治医の氏名									医療機関名									
	所 在 地	Tel () -																	

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

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、主治医意見書、和木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、和木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