

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

新規 更新 変更 介護新規 転入

受付者印	調査担当

(宛先)神川町長

次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号					個人番号							
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏名					性別	男・女						
	住所	〒 -				電話番号	()						
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2						
		有効期限					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 []					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					
過去6ヵ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・医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日							
変更理由													

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・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・介護医療院)									
	住所	〒				担当ケアマネジャー					
						電話番号	()				

提出者(窓口に来られた方)		本人との関係	
---------------	--	--------	--

介護者の連絡先	氏名					本人との関係	
	住所(自宅・勤務先等)	〒				電話番号	()

主治医	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

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、神川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、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

・認定更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現行の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名	
------	--