

## 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  
☐ 要介護認定・要支援認定区分変更

## 申請書

板野町長 様

次のとおり申請します。

|                                                              |                                                    |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|-------|---|---|---|--|------|--|--|--|
| 個人番号                                                         |                                                    |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
| 被保険者番号                                                       |                                                    |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | 令和    | 年 | 月 | 日 |  |      |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                             | はじめて                                               | 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2                                                       |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
|                                                              |                                                    | 有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日                                                   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
|                                                              | 前回の要介護<br>認定の結果等<br>※14日以内に他<br>自治体から転入<br>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。<br>(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 令和 年 月 日                                                        |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
| 区分変更申請の理由<br>※区分変更の場合のみ記入                                    |                                                    |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
| 過去6月間の介護<br>保険施設・医療機<br>関等への入院・入<br>所の有無<br>(サ高住・GH等を<br>含む) | 有                                                  | 介護保険施設名                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
|                                                              |                                                    | 入所期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日                                                |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
|                                                              | 無                                                  | 医療機関名 (入院中 転院中 退院)                                                          |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |
|                                                              |                                                    | 入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日                                                   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |  |      |  |  |  |

提出代行者  
名称・住所

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・介護医療院 ほか)

電話番号

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<br>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板野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します。

本人氏名

代筆者名

(被保険者)

提出代行者 記入欄

※ 担 当 課 処 理 欄

※ 受 付 印

※申請にあたり、訪問調査員に伝えておきたい  
ことがあれば、ご記入ください☐ 被保険者証 (回収・紛失・ )☐ 主治医依頼 ( R 年 月 日 )☐ 調査員依頼 ( R 年 月 日 )

【本人確認】 免・パ・住・保・介・障・療・外・年証(手)・社証・通帳・学生・内説・( )