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	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	申請年月日	令和 4 年 4 月 1 日

保険者名	板野町		保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
被保険者証	記号		番号	00000000 　枝番 01

被保険者

フリガナ	イタノ　タロウ	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
氏名	板野　太郎	性別	(男)・女
住所	〒 779－0104 板野町吹田字町南22番地2		訪問調査の日時を決めますので、日中に連絡の取れる番号を記入してください 電話番号

前回の要介護認定の結果等		
	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
	※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 「はい」の場合、申請日　令和　年　月　日

区分変更申請の理由 ※区分変更の場合のみ記入	

過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無（サ高住・GHを含む）	有	介護保険施設名	施設入所があれば、記入してください
		入所期間	平成・令和　年　月　日 から 令和　年　月　日
	無	医療機関名	入院したことがあれば、記入してください　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	該当に〇（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） 本人・家族からの申請であれば、記入不要 電話番号

主治医	主治医の氏名	担当医師の氏名を記入	医療機関名	かかりつけの病院を記入
	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

特定疾病名	40歳から64歳の方が申請する場合は、特定疾病名と健康保険証の保険者名・記号・番号等を必ず記入してください

介護サービス計……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（被保険者）　　　　代筆者名

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・（　　　　）