

介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

喜界町長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	5 2 9 0 0	個人番号																					
	医療保険情報 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 喜界町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 鹿児島県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入(生活保護受給者等) <input type="checkbox"/> その他(保険者名称: _____ 記号番号: _____)																						
	フリガナ													生年月日	明治			年			月			日
	氏名													性別	男 ・ 女									
	住所	〒 鹿児島県大島郡喜界町大字 電話番号																						
	前回の要介護認定の 結果等 *要介護・要支援更新の 場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2												有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日										
	過去6ヶ月の介護 保険施設・医療 機関等入院、入 所の有無	介護保険施設の名称等・所在地												期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日										
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地												期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日											

提 出 代 行 者	名 称	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)												担当者氏名					
	住 所	〒 _____ 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 ※保険証の写しを添付してください

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、喜界町から、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、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。

本人署名 _____

代筆者署名 _____

【町記入欄】

