

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 ] 申請書

森 町 長 様

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		個人番号									
	医療 保 険	保険者名		保険者番号								
		被保険者証		記号		番号				枝番		
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日					
	氏 名				性 別		男 ・ 女					
	住 所		〒 茅部郡森町字 電話番号 ( )									
	前回の要介護 認定の結果等		※要介護・要支 援更新認定の 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 (申請日: 年 月 日) ・ いいえ							
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等入 院入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日					
介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日								
医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日								
医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日								
有 ・ 無						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・介護医療院)									
	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

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護計画サービス又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、森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従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

**記入例**

被保険者証に記載されています。  
(不明な時は空欄でも構いません)

申請年月日 令和0年 00月 00日

介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号																		
医療 保険	保険者名	森町							保険者番号	010702										
	被保険者証	記号	森					番号	12345678				枝番							
被 保 者	フリガナ	モリマチ タロウ							生年月日	明・大(昭)0年 0月 0日										
	氏名	森町太郎							性別	(男) ・ 女										
	住所	〒049-0000 茅部郡森町字 御幸町144番地1											電話番号	01374(7)1085						
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1 (2) 3 4 5					要支援状態区分	1 2											
	有効期限	令和 x 年 xx月 xx日 から 令和 x 年 xx月 xx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 (申請日: 年 月 日) ・ いいえ																			
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地							期間 年 月 日～ 年 月 日												
	介護保険施設の名称等・所在地							期間 年 月 日～ 年 月 日												
	医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日～ 年 月 日												
	医療機関等の名称等・所在地							期間 年 月 日～ 年 月 日												

本人以外が記入する場合はこちらにも記入

提 出 代 行 者	名称	森町花子													
	住所	〒049-0000 森町字御幸町144番地1											電話番号	01374(7)1085	

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇					医療機関名	△△病院							
	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	
-------	--

介護計画サービス又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、森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従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 **森町太郎**