

※ 申請時には介護保険証を添付してください。  
 ※ 訪問調査時、同席される家族を下記に記入してください。

同席される方の氏名	続柄	連絡先	自宅勤務先 携帯電話

## 介護保険 要介護・要支援認定 申請書

日南町長様

※該当するものに○を付けてください。

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

新規

更新

申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____	
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) _____ 印	
提出代行者 住所	〒 _____ 電話番号 _____	

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	_____		
		被保険者証	記号 _____	番号 _____	枝番 _____
	フリガナ	_____		生年月日 _____ 大正・昭和 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	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	有効期間 平成・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		
	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		
有・無	医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

主治医	主治医の氏名	_____	医療機関名	_____
	診療科	_____ 科		
	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

特定疾病名	_____
-------	-------

### 本人同意欄

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・意見および主治医意見書を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、介護保険施設および親族に提供することについて

- 同意する  
 同意しない

本人署名(自書) \_\_\_\_\_

(代筆者) \_\_\_\_\_

- 意思表示することが困難

代理同意者 \_\_\_\_\_