

# 介護保険 要介護 要支援（新規・更新・変更）申請書

三郷町長 殿  
次の通り申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

提出代行 事業所名 (担当者名)	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・介護医療院)										
申請者氏名 (窓口に来られた方)						本人との関係					
住所	〒					電話番号	- -				
医療 保険	保険者名					保険者番号					
	被保険者証	記号			番号			枝番			
介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	個人番号						
フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日					
氏名					性別	男 ・ 女					
住所	〒636- 奈良県生駒郡三郷町  電話番号 - -										
前回の要介護認定 の結果等 *更新・変更申請 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					
変更の理由 *変更申請の場合記入											
*14日以内に他自 治体からの転入し 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 年 月 日										
過去6ヶ月間の介 護保険施設・医療 機関等入院、入所 の有無	介護保険施設・医療機関等 の名称等・所在地				期間	~	年	月	日		
	介護保険施設・医療機関等 の名称等・所在地				期間	~	年	月	日		

主治医	主治医の氏名					医療機関名					
	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											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、三郷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

別紙のとおり処理してよろしいか。

入力	回収	資格者証	訪問調査	意見書

課長	補佐	補佐	主任	担当者