

課長	班長	係

介護保険

- 要介護・要支援認定  
 要介護・要支援更新認定

申請書

鶴田町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号															
	フリガナ			認定結果送付先 自宅・代行者・入所先 その他 ( )														
	氏名																	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女											
	住所	〒																
		電話番号 ( )																
	前回の要介護認定結果等 ※更新認定の場合に記入	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2								
過去6ヶ月間の介護保険施設入所、医療機関等入院 (有・無)	介護保険施設の名称等	有効期間			平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日
	医療機関等の名称等	期間			平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	から	平成	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 )	
	住所	〒	
		電話番号 ( )	

主治医	主治医氏名			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

医療保険者名			被保険者証記号番号		
特定疾病名					

備考

支援申請の理由 「 サービス利用 」 「 サービス希望 」 「 その他 」

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を、鶴田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