

介護保険

ご本人、またはご家族のお名前となります。
こちらに記載の方に認定結果の通知と新しい保険者証をお送りします。
電話番号は日中に連絡のつく番号を書いてください

認定

申請書

(申請先) 標茶町
次のとおり申請します。

申請年月日

平成 □年 △月 ×日

申請者氏名	標茶花子 (印)	本人との関係	妻
申請者住所	〒 088-2312 標茶町川上4丁目2番地		電話番号 485-2111

被 保 者	被保険者番号	わからなければ空欄で			個人番号	わからなければ空欄で						
	フリガナ	シベチャ タロウ			生年月日	明・大・昭	□年 △月 ×日					
	氏名	標茶太郎			性別	男	・	女				
	住所	〒 同上			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 ※14日以内	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	平成 □□年 △月 ×日 から平成 □□年 △月 ×日									
	転出元自治体(市町村)名 [○○市]		転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 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									
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	施設等の名称等・所在地				期間	年	月	日	～	年	月	日
	医療機関等の名称等・所在地	△△病院 ○○市×丁目×番地			期間	□年	□月	□日	～	□年	○月	○日

6か月以内に入
院・入所がなけれ
ば「無」に○

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	主治医名または診療科名			医療機関名	△△病院					
	所在地	〒 ○○市×丁目×番地			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			医療保険被保険者証 記号番号		
特定疾病名	赤字の部分は必ず記入 青字の部分は、わからなければ空欄で良いです				

介護サービス計画の作成等
要認定・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、標茶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 標茶太郎 (印)