

介護保険

要介護
要支援

認定申請書

※該当するものにチェック☑をしてください。

- 新規（要支援の区変） 更新
 区分変更 転入

丸森町長 殿

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|-------|----------------|-------|---------|-------|----|---|---|-----|
| | | | | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | 0 | 9 | | | | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | | | 個人番号 | | | | | |
| | | 被保険者証 | | | 記号 | | | | | |
| | フリガナ | | | 番号 | | 枝番 | | | | |
| | 氏名 | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | | |
| | 住所 | | | 〒 | | 電話番号 | | | | |
| | 住所 | | | 〒 | | 電話番号 | | | | |
| 前回の要介護認定の結果 | | | 要介護状態区分 | | 要支援状態区分 | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 非該当 |
| | | | 有効期間 | | 令和 | | | 年 | | |
| | | | | | 月 | | | 日 | | |
| | | | ～ | | 令和 | | | 年 | | |
| | | | | | 月 | | | 日 | | |
| 過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入所入院の有無 | | | 介護保険施設等の名称・所在地 | | | | 期間 | | | |
| | | | | | | | 年 | | | |
| | | | | | | | 月 | | | |
| | | | | | | | 日 | | | |
| | | | 介護保険施設等の名称・所在地 | | | | 期間 | | | |
| | | | | | | | 年 | | | |
| | | | | | | | 月 | | | |
| | | | | | | | 日 | | | |
| | | | 介護保険施設等の名称・所在地 | | | | 期間 | | | |
| | | | | | | | 年 | | | |
| | | | | | | | 月 | | | |
| | | | | | | | 日 | | | |
| 有 ・ 無 | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------|--|----------|-----|
| 申 出 者 又 は 代 行 者 | 氏名 | | 被保険者との関係 | |
| | 提出代行者名 | 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・指定介護療養型医療施設） | | |
| | 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 | — — |
| | 最終診察日 | 年 | 月 | 日 |
| | 次回診察予定日 | 令和 | 年 | 月 |
| | | 付添者氏名： | | 日 |

※裏面の「介護認定情報の提供等に関する同意事項」を確認の上、署名してください。

◎第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

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

※添付書類

○介護保険被保険者証 ○医療保険被保険者証の写（第二号被保険者） ○受給資格証明書（転入申請）

【丸森町記入欄】

(R5.11.1)

| | | | |
|-----|--|-----|-------------|
| 受 付 | | 意見書 | 在新・在継・施新・施継 |
|-----|--|-----|-------------|

