

# 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 被保険者証			個人番号				
	保険者名			保険者番号				
	被保険者証 記号			番号		枝番		
	フリガナ			性別 男 ・ 女				
	氏名			生年月日		大・昭		年 月 日
	住所			〒 電話番号 - -				
前回の要介護認定の結果			要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 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 ~ 年 月 日			
			介護保険施設等の名称・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
			介護保険施設等の名称・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
有 ・ 無								

申 出 代 行 者 又 は 提 出 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 日
				付添者氏名：

※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】

(R8.4.1)

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

