

吉岡町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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)		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 者	被保険者番号											個人番号				
	医療 保 険	保険者名											保険者番号			
		被保険者証	記号									番号			枝番	
	フリガナ											生年月日				
	氏名											性別		男 ・ 女		
	住所											〒 _____		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		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		_____ から _____												
	※14日以内に他自治体から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	
	居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出事業者名												「はい」の場合、申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
現在、入院・入所している施設 (短期入所も含む)	施設名(病院・介護保険施設等の名称)										所在地					
	有 ・ 無		入院・入所期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 当分の間													

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吉岡町から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)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。また更新申請の場合で申請から30日以内に認定されないとき、既認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 _____

調査立会い希望	有・無	連絡先	自宅・申請者・その他	サービスの緊急性	有・無
備考					