介護保険　要介護認定・要支援認定　申請書

神流町長　様

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			個人番号	
	フリガナ			生年月日	大・昭　年　月　日
	氏名			性別	男　・　女
	住所	〒 電話番号			
	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無	名称		令和　年　月　日～	
		所在地		令和　年　月　日	
		名称		令和　年　月　日～	
		所在地		令和　年　月　日	
		名称		令和　年　月　日～	
	有・無	所在地		令和　年　月　日	
	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。　はい・いいえ 申請日　令和　年　月　日　　認定調査：実施　・　未実施			

（代行者）申請者	氏名（又は名称）		本人との関係	
	住所（又は所在地）	〒 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		

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			

認定調査	認定調査立会予定者	氏名		本人との関係	
		住所	〒 電話番号		
	認定調査場所	自宅　・　自宅以外（介護保険施設もしくは病院）			
	※自宅以外の場合のみ記入 認定調査の名称及び所在地	名称			
		所在地	電話番号		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、神流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。

本人署名　＿＿＿＿＿＿＿＿　※被保険者氏名を署名（又は代筆）してください。

〔代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿〕

代筆署名の理由＿＿＿＿＿＿＿＿