

# 新 ・ 更

## 介護保険[要介護認定・要支援認定]申請書

湯河原町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
被保険者住所	〒259-03 湯河原町 TEL		
現在の居所	自宅・施設・病院等・その他（ ）		

前回の要介護認定の結果等	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	年 月 日 ~		年 月 日		
主治医	(所在地・医療機関名)			(主治医氏名)		
	〒 TEL					
居宅支援事業者	担当ケアマネ					
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無				有 ・ 無		
介護保険施設の名称・所在地				年 月 日 ~		
				年 月 日 (入院中・退院予定日)		
医療機関等の名称・所在地				年 月 日 ~		
				年 月 日 (入院中・退院予定日)		

提出者 (代行者)	※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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・指定介護医療院) 〒 TEL					
調査立会人	〒 (続柄) TEL					
その他連絡先						

### 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

医療保険者の種類・ 保険者番号・名称	被保険者証 記号・番号	加入年月日	本人・扶養の区分	特定疾病名
		年 月 日	本人・扶養	

介護・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、湯河原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又は介護保険施設の関係人、意見書を記載した主治医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 (代筆者氏名)

- 処理欄  収納状況  被保険者証  申請入力  資格者証交付  主治医意見書照会  
 個人情報入力  第2号登録  転入継続  送付先設定 (有 ・ 無)

