

要介護・要支援認定(新規)申請

長万部町長殿

														申請年月日				年				月		日	
被 保 険 者 の 情 報	介護保険 被保険者番号											個人番号													
	医療保険 被保険者名											医療保険 被保険者番号													
	医療保険 被保険者証	記号										番号							枝番						
	フリガナ											性別			生年月日										
	被保険者 氏名																								
	住所	郵便番号																							
	電話番号																								
	※現在、要支援 認定を受けている 場合のみ記入	要支援状態区分																							
		有効期限（始期）												有効期限（終期）											
※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記載	転出元自治体（市町村）名																								
	要介護・要支援認定を申請中												申請日												
過去6ヵ月の 介護保健施設・ 医療機関等への 入院・入所	過去6月間の入院・入所の有無																								
	①介護保健施設の名称等・所在地																								
	①期間（始期）												①期間（終期）												
	②介護保健施設の名称等・所在地																								
	②期間（始期）												②期間（終期）												
	③医療機関等の名称等・所在地																								
	③期間（始期）												③期間（終期）												
	④医療機関等の名称等・所在地																								
④期間（始期）												④期間（終期）													
提出代 行者の 情報	提出代行者の 氏名												被保険者との関係												
	事業所の名称												事業所の種別												
	事業所の住所		郵便番号																						
電話番号																									
主 治 医 の 情 報	主治医の有無																								
	主治医の氏名																								
	医療機関名																								
	医療機関の所在地		郵便番号																						
医療機関の 電話番号																									
第 二 保 険 者 の 情 報	特定疾病名																								
日 程 調 査 に 関 連 する 者 の 情 報	フリガナ																								
	連絡先氏名												被保険者との関係												
	担当者の電話番号																								
	担当者の メールアドレス																								
本人 同意	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、長万部町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所若しくは介護保健施設の関係人、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。 ☐ 同意する																								