

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

東京都西多摩郡日の出町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2						
	医療 保 険	保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合		保険者番号	0 1 1 2 2 3 3 5				
		被保険者証	記号	1 2 5 6 8 9		番号	1		枝番	0 1
	フリガナ	カイゴ タロウ			生年月日	昭和15年 5月12日				
	氏名	介護 太郎			性別	男 ・ 女				
	住所	〒190-0192 日の出町平井 2780 番地			電話番号 042-597-0511					
	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		
			有効期限	年 月 日 から			年 月 日			
		※14日以内 に他自治体 から転入し た方のみ記 入	転入前自治体（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 「はい」の場合、申請日 年 月 日							
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間			年 月 日～年 月 日					
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間			年 月 日～年 月 日					
	医療機関等の名称等・所在地	期間			年 月 日～年 月 日					
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 ひので病院	期間			令和4年3月10日～4年3月24日					
申請者氏名	介護 花子			被保険者本人との続柄	妻					
申請者住所	〒190-0192 日の出町平井 2780 番地			電話番号 042-597-0511						
提出代行者名称	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・介護医療院									

主治医	主治医の氏名	日の出 次郎	医療機関名	ひので病院
	所在地	〒190-0181 日の出町ひので山 1-1 電話番号 042-597-0123		

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

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、日の出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。また、医療と介護の連携を目的とし、介護認定結果を介護保険主治医威意見書に記載した医師に情報提供することに同意します。

被保険者本人氏名 介護 太郎