

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

該当する申請に○

大槌町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 6 年 12 月 2 日

介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
医療 保険	保険者名	〇〇健康保険組合	
	被保険者 記号・番号	記号	番号 1 2 3 4 5 6 枝番
被 保 者	フリガナ	オオツチ タロウ	
	氏名	大槌 太郎	
保	生年月日	明・大・昭 1年 1月 1日	
	性別	男 ・ 女	
險	住所	〒028-1192 大槌町上町1番3号 電話番号 0193-42-2111	
	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 平成・令和 6年 1月 1日から令和 6年 12月 31日	
者	転出元自治体(市町村)名	[]	
	※14日以内に 他自治体 から転入 した者のみ 記入	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 令和 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	
	医療機関等の名称等・所在地	期間 R6年7月1日～R6年7月3日	
有 ・ 無	〇〇病院		

医療保険の情報を
記入

更新の場合、現在
の認定情報を記入

提出 代 行 者	名称	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・介護老人保健施設・介護医療院)	
	住所	〒 電話番号	

定期的に受診又は
入院中の医療機関
について記入

主治 医	主治医の氏名	大槌 次郎	医療機関名	〇〇医院
	所在地	〒028-0000 大槌町上町〇-× 電話番号 0193-42-〇〇〇〇		

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	
-------	--

40歳～64歳の方は
医師に診断された
特定疾病名を記入

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、大槌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。

更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人氏名 大槌 太郎

(裏面)

調査に関する連絡先	氏名 大槌 花子	被保険者との関係(本人・夫・妻・子・その他)	()
	電話番号 090-0000-0000		
調査を実施する場所	本人の自宅		
調査への立ち会い	有 ・ 無	立ち会う方の氏名	同上
		被保険者との関係(夫・妻・子・その他)	
備考			

調査希望日、都合の悪い日、調査時の注意事項等あれば記入。