

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

北広島町長 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	0 0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男・女
	住所	〒 731 - 北広島町 電話番号 ( ) -			
	現在 おられる場所 (○印)	1. 自宅 ----- 2. 病院・施設等 [名称: ] 〒 - 電話番号 ( ) - 入院・入所日:平成・令和 年 月 日～退院・退所見込日: 令和 年 月 日頃 ----- 3. その他 ( )			

申 請 理 由	1. 介護保険サービスを利用したい 希望サービス : 訪問介護(ヘルパー)・通所介護(デイサービス)・福祉用具・住宅改修 その他( )
	2. その他 (できるだけ、くわしくご記入ください)

※ 申請後、3ヶ月以内にサービスを利用する予定がない方は申請をする必要はありません。

主 治 医	医療機関名	氏名
	所在地	〒 - 電話番号 ( ) -

※ 主治医の記入に際しては、医師の了解を得ようお願いします。

※ 認定には主治医の意見書が必要となりますので、申請後は必ず主治医の診察を受けてください。

40歳以上65歳未満の方は記入してください

医療保険者名	保険者証番号
特定疾病名	

介護サービス計画また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、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。主治医意見書記載医師が希望した場合は、判定結果を提供することに同意します。

被保険者

代筆者 住所

氏名

電話番号 ( ) -

※平日の昼間に確実に連絡がとれる番号を記入してください。

本人との関係

調査時の立会いを ( 希望する ・ 希望しない )