新規・更新

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

府 中 町 長
次のとおり申請します。

個人番号												

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0		申請年月日	令和　年　月　日
	医療保険 保険者名	□府中町国民健康保険 □広島県後期高齢者医療 その他(　)		保険者番号	
	医療保険 記号番号	記号	番号		枝番
	フリガナ			生年月日	大・昭　年　月　日
	氏　名			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号（　）　—			
	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 有効期限　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日			
	転入から14日以内の場合に記入	転入元自治体(市町村)名(　) 転入元自治体で要介護・要支援認定申請中の場合　(申請日　年　月　日)			
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無 有　・　無	介護保険施設の名称等・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		

提出代行者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) (担当者:　)
	住所	〒 電話番号（　）　—

□

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号（　）　—		

□

第2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 (該当に〇)	1. がん 2. 関節リウマチ 3. 筋萎縮性側索硬化症 4. 後縦靭帯骨化症 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 6. 初老期における認知症 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 8. 脊髄小脳変性症 9. 脊柱管狭窄症 10. 早老症 11. 多系統萎縮症 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 13. 脳血管疾患 14. 閉塞性動脈硬化症 15. 慢性閉塞性肺疾患 16. 両側の膝関節又は股関節の著しい変形を伴う変形性関節症

介護（予防）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、府中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。

本人氏名

※ 本人氏名を代筆した場合は、
右に記入してください。

代筆者氏名:　　**本人との続柄**

住　所 :

電話番号 :

代筆理由 :

意見書	.　.
調査書	.　.