別記様式第7号（第7条第1項・第2項関係）

介護保険　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請書

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

要介護認定変更・要支援認定変更

|  |  |
| --- | --- |
| 和　寒　町　長　様次のとおり申請します。 |  |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関　 係 |  |
| 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・指定介護療養型医療施設） |
| 申請者住所（提出代行者住所） | 〒電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 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・要支援更新認定、要介護・要支援認定変更の場合のみ記入 | 要介護状態区分　１・２・３・４・５・経過的要介護　要支援状態区分　1・2 |
| 有 効 期 間　　　　年　　　月　　　日　か ら　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  |

同　　　意　　　書

介護サービス計画又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、私の要介護認定・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、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