

【 記 入 例 】

受付	入力	交付	発行	
/	/	/	/	/

様式第6号(第17条関係)

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書
 介護保険被保険者証の番号をご記入ください。
 熊取町長 殿
 次のとおり申請します。 ☐ 新規 ☐ 更新 ☒ 要支援からの変更 ☐ 転入
 個人番号をご記入ください。
 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	○ △ □ ● ▲ ■ ○ △ □ ●	個人番号	○ △ □ ● ▲ ■ ○ △ □ ● ○ △	
	医療保険被保険者名	○○ (※国民健康保険の場合は市町村名)		保険者番号	○○○○○○○○○○
保 険 者	被保険者記号・番号	記号	番号	枝番	○
	フリガナ	クマトリ タロウ		生年月日	○○年 ○○月 ○○日生
氏 名	熊 取 太 郎		性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒590-0400 泉南郡熊取町××○丁目△番□号 電話番号 000-0000-0000			
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 要支援・要介護状態区分：				
	有効期間 ○○年 ○○月 ○○日から ○○年 ○○月 ○○日				
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(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。 (すで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				
要支援からの変更理由 (※変更の場合のみ記入)	下肢筋力が低下し、それに伴い日常生活動作が衰えてきたため。など (↑理由をなるべく的確かつ簡潔にご記入ください。)				
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地 介護老人保健施設 ○ ○ ○ ○		期間 ○○年○○月○○日～ 年 月 日 入 所 中		
	医療機関等の名称等・所在地 医療法人 ○○会 ○○病院		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 行 代 者	事業者番号	○ △ □ ● ▲ ■ ○ △ □ ●
	名 称	該当するものに○(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) 社 会 福 祉 法 人 ○ ○ ○ ○ (※提出を事業者等に依頼する場合のみ記入)
	住 所	〒000-0000 泉南郡熊取町○○×丁目△番□号 電話番号000-0000-0000

主 治 医	主治医の氏名	○ ○ ○ ○	医 療 機 関 名	医療法人 ○○会 ○○病院 ※正式名称をご記入ください
	所 在 地	〒590-0400 泉南郡熊取町○○×丁目△番□号 電話番号000-0000-0000		

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	骨折を伴う骨粗しょう症(※16種類の特定疾病のうち、該当するものをご記入ください)
-----------	---

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、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熊取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 熊 取 太 郎