

【 記 入 例 】

様式第6号(第17条関係)

受付	入力	交付	発行
/	/	/	/

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。
 要介護更新認定・要支援更新認定

個人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

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	○ △ □ ● ▲ ■ ○ △ □ ● ○ △
	医療保険被保険者番号	記号	番号	枝番
保 険 者	フリガナ	クマトリ タロウ		生年月日
	氏名	熊取太郎		性 別
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ※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。)			
者	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 〇〇〇〇	期間	〇〇年〇〇月〇〇日～ 年 月 日 入 所 中
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 医療法人 〇〇会 〇〇病院	期間	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
		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 〇〇〇〇 (※提出を事業者等に依頼する場合のみ記入)	
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 泉南郡熊取町〇〇×丁目△番□号 電話番号〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	医療法人 〇〇会 〇〇病院 ※正式名称をご記入ください
	所在地	〒590-0400 泉南郡熊取町〇〇×丁目△番□号 電話番号〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

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、主治医意見書、熊取町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 熊取太郎