

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

大紀町長 様
度会広域連合長 様

次のとおり申請します。

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	保険者名		保険者番号									
		被保険者証		記号		番号					枝番		
	フリガナ		生年月日					明・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・要支援 更新認定の場合 のみ記入		要介護状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					要支援状態区分 1 ・ 2			
			* 14日以内に他自 治体から転入した者 のみ記入		有効期限 年 月 日 から 年 月 日								
					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。 (既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									
過去6月間の介 護保険施設、医 療機関等への入 院、入所の有無		介護保険施設等の名称等・所在地		期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
		介護保険施設等の名称等・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							
有 ・ 無		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○ (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)									
	住 所	〒									
		電話番号									

主 治 医	主治医の氏名										
	所 在 地	〒									
		電話番号									

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、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 _____

【遅延通知】

介護保険では、申請後30日以内に保険証を発行することとなっていますが、審査会資料の準備の遅れや審査会の都合により、保険証の発行が遅れることがあります。その場合、申請日より2ヵ月以内の発行に努めますので暫くお待ちくださいますようお願い致します。なお、発行が遅れましても、何らかの手続きをして頂く必要はございません。

大紀町長様
度会広域連合長様

委任状兼同意書

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ (委任者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の手続き等を委任します。

なお、代理人が、大紀町（保険者）または度会広域連合から委任事項に関する委任者の情報を得ることに同意します。（審査の進捗、認定審査結果等）

【 委任事項 】 ※該当するものに☑、又は記入

介護保険 新規申請及び更新等の各種申請

介護保険 介護保険各種届出書

介護保険負担限度額の申請

その他 ()

令和 年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____