　別記様式第３１号

介 護 保 険 要 介 護 認 定 ・ 要 支 援 認 定 申 請 書 要 介 護 更 新 認 定 ・ 要 支 援 更 新 認 定

野木町長様

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 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | |
| 性 別 | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有 効 期 間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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。  (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・ 医療機関等入院 入所の有無 | | 介護保険施設の名称等 所 在 地  期 間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等 所 在 地  期 間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・介護医療院） |
| 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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業 者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名