

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

白浜町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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		有効期間 年 月 日から 年 月 日	
認定の結果等		※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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日									
介護保険施設等入院・入所の有無(短期入所を除く)		有	入院・入所施設名 所在地									
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地									

提出 代 行 者	氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・介護医療院・その他< >) 本人との関係									
	住所所在地	〒 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	
-------	--

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、白浜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者が取得した心身の状況等の情報を、白浜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。

※申請の際は、必ず介護保険被保険者証

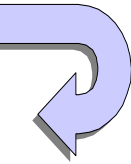
および健康保険証をご持参下さい。

本人氏名 \_\_\_\_\_

添付書類

- ・介護保険被保険者証の原本
- ・医療保険者証(写し可)

※申請用紙の裏面にもご記入いただく箇所がございますので、ご確認ください。



◆介護保険被保険者証(淡緑色)をご確認ください。  
◆介護保険被保険者番号をご記入ください。  
◆申請年月日は、白浜町へ提出する日をご記入ください。

◆医療保険被保険者証をご確認ください。  
◆医療保険証に記載されている保険者名・保険者番号・記号・番号(・枝番)をご記入ください。  
◆後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は、保険者名・保険者番号・被保険者証番号をご記入ください。

◆介護保険被保険者証(淡緑色)をご確認ください。  
◆氏名・住所・電話番号・生年月日・性別をご記入ください。  
◆要介護状態区分等や認定の有効期間をご記入ください。

◆14日以内に転入された場合のみ記入してください。  
◆転入前の市町村をご記入ください。  
◆転入前の市町村に要介護・要支援認定を申請中で結果が出ていない場合は「はい」に○してください。

◆介護保険施設・医療機関等に入院・入所中の方はご記入ください。  
◆入所している病院等の名称・所在地・期間をご記入ください。

◆提出代行者の氏名を記入してください。  
◆事業所の場合はその種類と事業所名、施設名等を記入してください。  
◆家族、民生委員等の場合は「その他」を選択しく >内に本人との関係等を記入してくださ

◆主治医(かかりつけ医)の氏名、医療機関名、所在地、電話番号をご記入ください。  
◆主治医がない場合は、介護保険係へご相談ください。  
(問い合わせ先電話番号 43-6593)  
◆要介護認定の申請をされますと医療機関への受診が必要となる場合がございます。

◆第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)について  
◆国が定める16の特定疾病に該当するかどうか、主治医と相談・確認してください。

特定疾病名

①がん(医師が回復の見込みがないと判断したもの)②関節リウマチ③筋萎縮性側索硬化症④後縦靭帯骨化症⑤骨折を伴う骨粗しょう症⑥初老期における認知症⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病⑧脊髄小脳変性症⑨脊柱管狭窄症⑩早老症⑪多系統萎縮症⑫糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症⑬脳血管疾患⑭閉塞性動脈硬化症⑮慢性閉塞性肺疾患⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

◆個人情報の取り扱いについての説明が書かれています。  
◆あなたの個人情報を、担当のケアマネジャー等に提示する(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。)ことに同意する場合は、ご署名ください。  
◆筆記用具が持てないなどの理由により、やむを得ずご署名ができない場合は、ご家族等へ代筆のご依頼をいただいても結構です。