

# 介護保険

要介護認定  
 要介護更新認定  
 要介護区分変更  
 要支援認定  
 要支援更新認定  
 要支援区分変更

# 申請書

豊浦町長 様  
次のお通り申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

申請者氏名	住所 被保険者との続柄	電話番号
提出代行者 名称	該当に○(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)	

印

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	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 <small>※要介護・要支援更新 の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援	1	2												
	有効期間	年 月 日			から	年 月 日																
介護保険施設・医療機関等	有 無	入所施設・医療機関等の名称																				
入所・入院の有無		所在地																				

申請理由または希望のサービス <small>(※新規または区分変更 申請の際に記入下さい)</small>	
--	--

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、豊浦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