

介護保険申請書

要介護認定 ・ 要支援認定
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定

受付

(宛先) 津幡町長

以下のとおり申請します

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0	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	〒 929- 石川県河北郡津幡町		電話番号 携帯番号	
	主治医 (必ず御記入ください)	医療機関名		主治医の氏名	
		所在地	〒	電話番号	
	申請者 (実際に申請手続きをした方)	氏名	(本人との関係)		
		住所			
		連絡先	電話番号	携帯番号	
	認定結果の送付先 (ご本人と同じ場合は空欄で結構です)	氏名	(本人との関係)		
住所		〒	電話番号		
病院、介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名			
	無	現在の居場所	自宅・その他 ()		
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	1 2 3 4 5	要支援	1 2	
	有効期間			年 月 日 、 年 月 日	
2号被保険者記入欄 ※右欄には40歳から64歳の方のみ御記入下さい		医療保険者名			
		医療保険被保険者証 記号番号			
		特定疾病名			
<p>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、要介護・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、津幡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。</p> <p>また、障害者控除対象者認定を受けること及びその障害者控除対象者認定を行うために、要介護・要支援認定の基礎となった資料等を町が調査することに同意します。</p>					

本人氏名

※ 以下は、本人・御家族が申請される場合は記入の必要がありません

提出 代 行 者	事業者名称	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・地域密着型介護老人福祉施設)		
	住所	〒	電話番号	

町確認欄 (この欄には記入しないでください)

受付担当者	福祉課	(新規申請) 地域包括支援センター			
証回収	滞 納	主治医意見書	認定調査者	備 考	訪問調査立会い
	有 ・ 無	窓口渡済 ・ 後日郵送			有 () ・ 無