

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  
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

熊本県球磨郡多良木町長 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	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9	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	たらぎ たろう		生年月日	明・大 昭 ○○ 年 1 月 1 日
	氏 名	多良木 太郎		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒868-0501 熊本県球磨郡多良木町大字多良木□□□番地 電話番号 0966-42- △△△△			
	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	
		有効期限	年 月 日から 年 月 日		
		※14日以内 に他自治体 から転入し た記	転出元自治体（市町村）名〔 〕		
		区分変更申請の場合は、変更申請するに至った理由 を明確に記入してください			
変更申請の理由	はい ・ いいえ				
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	年 月 日～ 年 月 日	
	医療機関へ入院中の場合は入院の 見込み期間を記入してください		期間	年 月 日～ 年 月 日	
	介護保険施設の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	
○ ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地 ○○病院		代理申請の場合は、代理の方の氏名、住所、被保険 者との関係を記入してください。		

申請者	多良木 花子	被保険者との関係	妻
-----	--------	----------	---

申請者住所	〒 868-0501 熊本県球磨郡多良木町大字多良木□□□番地 電話番号 0000-00-0000		
-------	---	--	--

提出代行者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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） 居宅介護支援事業所等が代理申請する場合は、申請者欄に担当職員の氏名、申請書住所欄に事業所の住所、被 保険者との関係欄に職名（介護支援専門員等）、提出代行者欄に事業所名を記入してください。代理申請者以 外の方が申請書を持参される場合は、持参される方の氏名を併記してください。		
-------	--	--	--

主 治 医	主治医の氏名	○○ ◇◇	医療機関名	○○病院
	所在地	〒868-0501 熊本県△△町□□□○○番地 電話番号 0966 ( 42 ) △△△△		

記入のあった主治医あてに、町から主治医意見書（入者）のみ記入の作成を依頼します。

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、多良木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、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域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こと（地域介護情報基盤システムで電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

原則、被保険者本人の署名です。代筆について、心身の状況により自署できない場合は、関係者の代筆も可能ですが、本人との意思の合意を明確にしたうえで代筆してください。

本人氏名 多良木 太郎  
代筆者氏名 多良木 花子