

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 者	介護保険 被保険者番号		0 0	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		男 ・ 女		
	住 所		〒		電話番号		携帯番号
	主 治 医		医療機関名		主治医の氏名		電話番号
	(必ず御記入ください)		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		電話番号		
			所在地		電話番号		
		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号保険者(40歳から64歳)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、
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。
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。

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	