

大島町
受付印

大島町 記入	担当者	係長	主幹課長	保存 区分 10
	文書分類	款	項目	

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
新規・更新・区分変更

東京都大島町長殿
次のとおり申請します。

被保険者 (認定を受ける人)	個人番号	-		
	被保険者番号	0 0 0 0 0	申請年月日 令和 年 月 日	
	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		性別
	氏名	明・大・昭 年 月 日 (歳)		男・女
	住所	東京都大島町 04992 ()		
	前回の要介護認定の結果等	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
	申請理由 新規・区分変更者のみ記入	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで		
	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(区市町村)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。 (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・いいえ 「はい」の場合 申請日 平成 年 月 日		
住所 地以外 の居 所	施設	介護保険施設名 所在地		
	その他	介護保険施設以外の居所 所在地 0 ()		
認定 調 査	立会い希望	なし・あり・連絡のみ希望	立会い者 住所 氏名	
	連絡先 電話番号	① 自宅 その他	② 自宅 その他 被保険者 との関係 ()	
介護保険証の添付	添付あり・添付なし (紛失・その他)			
申請代行者氏名			被保険者との関係	
申請代行者名称	該当に○印 (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) 印			
申請代行者住所	〒 0 ()			
主 治 医 (かかりつけ医師)	主治医氏名	最終受診日 令和 年 月 日		
	医療機関名	診療科目 内科・整形外科・その他		
	所在地	〒 0 ()		

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	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する必要があるときは、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・意見及び主治医意見書を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 印