

市町村コード  
28464

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

帳票ID

021

### 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・転入)

(申請先) 太子町長  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請 (代行) 者	住所	電話番号 ( )	代行 事業者 記入欄  <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院
	氏名 (事業者名)		
	本人との関係		

※家族・代理人が申請する場合も、この欄に記載してください。

本 人	現在(前回)の要介護認定結果等	要介護状態区分	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				
	変更申請の理由 (変更時のみ記入)	有効期間	年 月 日 から 年 月 日				
	フリガナ	個人番号					
	本人氏名	性別	年号	生年月日		年齢	
	住所	<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 1明治 <input type="checkbox"/> 2大正 <input type="checkbox"/> 3昭和	年	月	日	歳
	訪問調査先 <small>病院・施設等に入院、 入所時や住民票と 違う住所のとき</small>	施設名 所在地、住所	電話番号				
	特定疾病名	(2号被保険者のみ記入)					
医療保険情報 <small>※□にチェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> 太子町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 太子町後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> その他	保険者名 ( )	保険者番号 ( )	記号・番号・枝番 ( )		
訪問調査連絡先	立会者 有・無	立会者氏名(フリガナ)	続柄	電話番号	携帯電話		
	伝達事項						
※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(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・令和 年 月 日						
主治医 <small>「主治医意見書」の 記載を依頼した医師</small>	主治医氏名		電話番号				
	医療機関名						

※下記の情報提供について、同意が得られる場合には署名をお願いします。

- 介護サービス計画・介護予防サービス計画を作成する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申請書、調査票 主治医意見書及び認定審査会による認定結果(非該当の場合も含む)・意見の内容について、太子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、介護保険施設の職員及び主治医意見書を記載した医師に提示又は写しを交付することに同意します。
- 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。
- 給付制限の対象となる場合は、提出代行者に対して、給付制限に関する情報を提供することに同意します。

説明済み  
チェック欄

本人署名

※本人が署名できない場合は、代筆者が記入の上、下欄に代筆者氏名等をご記入下さい。

代筆者氏名

住所

本人との関係

訪問調査日程	/ ( ) 調査員:			
入力担当	受付担当	被保険者証	主治医意見書	資格者証