介護保険要介護・要支援新規認定申請書

高　取　町　長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

提出代行者	名称（氏名）	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・その他（　　）〕
	住所	〒 電話番号　　（　　）

※申請者が被保険者の親族の場合も、提出代行者の欄に記入してください。

被保険者	被保険者番号				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		性　別	
	氏　名				明治・大正・昭和 年　　月　　日		男・女	
	住　所	〒 電話番号　　（　　）						
	過去６ヶ月間の入院・入所の有無	施設等の名称			期間 年　月　日～　年　月　日			
	有・無	施設等の名称			期間 年　月　日～　年　月　日			

主治医 有・無	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号　　（　　）		

※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、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者、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

※備考欄
- 調査日時：　　年　　月　　日　　曜日　　：　　より（調査員　　）
- 調査時の家族の立会い：無・有　（続柄　　氏名　　）
- 調査場所：被保険者住所地・住所地以外（　　）
- 調査に関する注意事項等：