

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  
要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

申請書

Table with 2 columns: 受付印欄, 上益城広域連合 町

該当する申請項目に○をお願いします。

熊本県上益城広域連合  
広域連合長職務代理者  
代表副広域連合長 西村 博則 様  
(住所地の町経由)

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 X年 X月 X日

Table with 4 columns: 申請者氏名 (介護 一郎), 被保険者との関係 (長男), 提出代行者名称, 申請者住所 (嘉島町上島551)

Main insurance details table including: 被保険者番号, フリガナ (カイゴ ハルヨ), 氏名 (介護 ハルヨ), 生年月日 (明・大 昭), 性別 (男・女), 医療保険, 住所 (嘉島町上島530), 前回の要介護認定の結果等, 変更申請の理由, 介護保険施設 医療機関等 (有) 所在地 (嘉島町鯉1234)

主治医 details table including: 主治医氏名 (保険 太郎), 医療機関名 (〇〇病院), 所在地 (嘉島町鯉1234)

被保険者が40歳から64歳の「第二号被保険者」の場合は下記のご記入と医療保険証の提示をお願いします。

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

Table for 特定疾病名 (Specific Diseases) with a list of 16 conditions including dementia and Parkinson's disease.

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は必要があるときは、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、申請書を提出した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。

本人氏名 介護 ハルヨ 代筆者氏名 介護 一郎 本人との続柄 (関係) 長男

※ 本人氏名を代筆した場合は、上記に記入してください。