

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

京都府南山城村長 様

次のとおり 新規 ・ 更新 ・ 変更区分 申請します。

		申請年月日		年	月	日							
被 保 険 者	被保険者番号						個人番号						
	フリガナ						生年月日	大・昭	年	月	日		
	氏名						性別	男・女					
	住所	〒 619-14 京都府相楽郡南山城村大字 小字 番地 電話番号 () -											
	調査立会の希望・連絡先	有・無 氏名() 連絡先											
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2						
		有効期間 年 月 日から 年 月 日											
	申請の理由 (利用希望サービス)												
	入院・入所の有無	有 ・ 無											
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所先	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年	月	日	~	年	月
	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年	月	日	~	年	月	日
	医療機関等の名称等・所在地					期間	年	月	日	~	年	月	日
	医療機関等の名称等・所在地					期間	年	月	日	~	年	月	日

提出 代行 者	名称	該当に○（地域包括支援センター・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									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名						医療機関名					
	所在地	〒 電話番号										

2号被保険者（40歳～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、南山城村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 _____