

介護保険 要介護認定・

※被保険者証（ピンク色）の記載内容を記入して下さい。個人番号も必ず記載して下さい。個人番号が分からない場合は別紙の同意書に記入・押印の上一緒に提出して下さい。

天 塩 町 長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	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	明・大・昭				
	氏名							年 月 日				
	住 所	〒					性別	男 ・ 女				
								電話番号				
	前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1	2	3	4	5					
	要支援状態区分	1	2									
変更申請の理由	有効期間					年	月	日から	年	月	日	

者	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等	期間	年	月	日	～	年	月	日
		所在地								
		名称等	期間	年	月	日	～	年	月	日
	有 ・ 無	医療機関等の名称等	期間	年	月	日	～	年	月	日
所在地										
	医療機関等の名称等	期間	年	月	日	～	年	月	日	
	所在地									

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

※有無に○を付け、有の場合は、過去6ヶ月間の入院をしてい内容を記載して下さい。

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歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療
特定疾病名		

※かかりつけ医の氏名・病院名等を記入して下さい。

※40歳～64歳の方は、加入している医療保険名等を記入して下さい。（申請書提出の際に医療保険の保険証の提示をお願い致します。（コピーの添付が必要なためです。）

るために必要があるときは、要介護認定・要支援認定意見、及び主治医意見書を天塩町から地域包括支援しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載に同意します。

※被保険者名を記入して下さい。

本人氏名

