

|                      |      |       |      |     |      |     |
|----------------------|------|-------|------|-----|------|-----|
| サービス希望等（施設・負担限度額等説明） | 居宅届出 | 保険証回収 | 被保入力 | 資格証 | 調査依頼 | 意見書 |
|                      | /    | 未・済   | /    | /   | /    | /   |

## 介護保険申請書

邑楽町長 あて  
次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

|     |    |          |          |
|-----|----|----------|----------|
| 申請者 | 氏名 | 住所       | 被保険者との関係 |
|     |    | 〒 -      |          |
|     |    | 電話番号 ( ) |          |

|           |    |                                                                                                                                                                                                                           |          |
|-----------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 申請<br>代行者 | 名称 | <input checked="" type="checkbox"/> 該当<br><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"/> 指定療養型医療施設 | 印        |
|           | 住所 | 〒 -                                                                                                                                                                                                                       | 電話番号 ( ) |

|                 |                  |                     |               |                            |
|-----------------|------------------|---------------------|---------------|----------------------------|
| 被<br>保<br>者     | 被保険者番号           | 0 0 0 0 0 0         | 生年月日          | 明治 年 月 日<br>大正 年 月 日<br>昭和 |
|                 | ふりがな             |                     | 性別            | 男 ・ 女                      |
|                 | 氏名               |                     |               |                            |
|                 | 住所               | 〒 -<br>邑楽町大字        | 電話番号 ( )      | 福祉医療<br>有・無                |
|                 | 前回の要介護<br>認定の結果等 | [要介護状態区分] 1 2 3 4 5 | [要支援状態区分] 1 2 |                            |
|                 | 認定の有効期間          | 年 月 日 から            | 年 月 日まで       |                            |
|                 | 過去6か月の<br>入院等    | 介護保険施設の名称           | 期間            | 年 月 日～ 年 月 日               |
|                 | 有・無              | 医療機関等の名称            | 期間            | 年 月 日～ 年 月 日               |
| 調査の調整等<br>に関する事 |                  |                     |               |                            |

|     |       |     |          |     |
|-----|-------|-----|----------|-----|
| 主治医 | 医療機関名 | 医師名 | 最終診療日    | 月 日 |
|     | 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

※医療保険証の写しを添付

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 保険者番号 | 名称 | 記号番号 |
|       |    |      |
| 特定疾病名 |    |      |

### 同意書

介護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、介護保険施設の関係人、又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人署名 \_\_\_\_\_

※『介護保険被保険者証』を一緒に提出してください。