

申請種別を○で囲む

次のとおり申請します。

町 記入欄	居宅届出	保険証回収	被保人力	資格者証	調査依頼	意見書	調査日時等	サービス希望等
	未・済	／	／	／	／			

次のとおり申請します。															申請年月日										令和				年		月		日	
被保険者（本人）	被保険者番号		0	0	0	0	0							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								
	ふりがな													後期高齢者医療保険 ・ 邑楽町国民健康保険																				
	氏名													生年月日		大・昭				年		月		日										
														性別		男 ・ 女				年齢		歳												
	住所		〒 電話番号																															
	住所地以外にいる 場合の所在地 (入院・入所等)		名称																															
			住所	〒 電話番号																														
	前回の要介護 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			
有効期間											年		月		日		から		年		月		日											
変更申請の理由		(変更・介護申請のみ記入)																																

申請者 (窓口に来た方)	家族が申請	ふりがな		被保険者 (本人) から 見た続柄等		被保険者 (本人) と同じ 場合はチェック	☐	
		氏名						
		住所	〒					
	事業所が申請	事業所名	事業所等種別該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)					
			電話番号					担当者氏名
所在地		〒						

訪問調査に立会いをお願いします。 (立会いができない場合はご相談ください)	調査場所	☐ 自宅 ☐ その他 ()		
	ふりがな			
	立会者氏名			続柄
	連絡先	自宅 携帯		連絡の取れる曜日 (月～金) 時間帯 (8時30分～17時15分)

主治医	医療機関名		医師名		最終診療日	月	日
	医療機関所在地	〒 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※医療保険の被保険者証の写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

- ・介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、保険者から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設等の関係人、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。
- ・施設や病院等内で訪問調査を実施する場合は、調査員が施設や病院等の職員から、被保険者の心身状況等について確認することに同意します。
- ・訪問調査で立会い者がいない場合等、必要があるときは、介護サービス事業所の関係者等から被保険者の心身状況等について確認することに同意します。
- ・更新申請において、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

※「介護保険被保険者証」を一緒に提出してください。

被保險者氏名

代理人署名

(續柄)