別記様式第5号（第5条関係）

介護保険要介護認定要支援認定申請書

鷹栖町長　様

次のとおり申請します。

申請種別		
	□ 要介護認定申請	□ 要支援認定申請
	□ 要介護更新認定申請	□ 要支援更新認定申請

被保険者

番号	2 0 0 0 0 　 　 　 　 0	申請年月日	令和　　年　　月　　日
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒　　－ 鷹栖町 北野東 北野西 南 北 町外　　線　　号　　番地 条　　丁目　　番　　号 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は、記入してください。）	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援　1　2		
	有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
過去6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・医療機関の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
	介護保険施設・医療機関の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	
有 ・ 無	介護保険施設・医療機関の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日	

提出代行者

名称	□ 居宅支援事業者（包括含む） □ 介護老人福祉施設（地域密着含む） □ 介護老人保健施設 □ 介護療養型医療施設 □ その他（家族・親族、成年後見人等）
住所	〒 電話番号　　－　　－

主治医

氏名		医療機関名	
住所	〒 電話番号　　－　　－		

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書を鷹栖町から地域包括支援ｾﾝﾀｰ、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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委員に提示することを同意します。

被保険者氏名、又は家族、親族の方の氏名	

※鷹栖町記入欄

回収	被保険者証回収年月日	取扱者名	受付番号	
□ 済 □ 未済	令和　　年　　月　　日		電算処理	

認定結果
□ 却下

（決裁欄）課長専決

（健康福祉課健康長寿係保管）