

介護保険 { 要介護認定 ・ 要支援認定
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定 } 申請書

松島町長 殿
次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	年 月 日
申請者氏名	※本人が申請の場合記入不要	本人との関係	家族（ ）・社会保険労務士等・その他（ ）
住所・電話	〒 —	※本人が申請の場合記入不要 電話（ ）	
提出代行者 名称	(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・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・介護医療院)		
住所・電話 提出者氏名	〒 —	電話（ ）	提出者氏名 []

被保険者（認定を受けようとする方）	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒 — 電話（ ）									
	訪問調査先	〒 — (上記住所と異なる場合ご記入ください) 電話（ ）									
	連絡先	氏名	続柄	電話（ ）							
	前回の要介護認定結果等	要介護状態区分（要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5） 有効期間 年 月 日 から 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 有・無	介護保険施設の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
		介護保険施設の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
医療機関の名称		期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
医療機関の名称		期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

この申請を行うにあたっては、裏面に記載されている事項に同意します。

本人または家族氏名（署名）

主治医	氏名		医療機関名		主・指
	所在地	〒 —	電話（ ）		

※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		医療保険被保険者証記号番号	記号	
特定疾病名				

※申請には介護保険被保険者証が必要です。
※2号被保険者の方は、医療保険証をお持ち下さい。

事務処理欄		
受理No.	受理月日	

同 意 す る 事 項

1. 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認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）及び主治医意見書に記載された情報を、松島町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、介護保険施設の職員に対し提供すること
2. 主治医意見書を記載した医師に対し、要介護・要支援認定の認定結果及び認定有効期間にかかる情報を当該医師に提供すること
3. 施設や病院等内で認定調査を実施するときは、施設や病院等内の職員から、被保険者（認定を受けようとする方）の心身の状況等について聴取すること

＜ 備 考 欄 ＞

記 入 日	担 当 者	内 容
年 月 日	()	保 険 料 滞 納 有・無
入所（院）期間	施設（病院名）	
年 月 日 ～ 年 月 日		
年 月 日 ～ 年 月 日		
年 月 日 ～ 年 月 日		

（第2号被保険者の特定疾病名）

①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。） ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥初老期における認知症（法第8条第16項に規定する認知症をいう。） ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患 ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症