

様式第6号（第7条関係）

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

伊方町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇年 〇月 〇日

被 保 険 者	被保険者番号	※※※※※※※※※※※※	個人番号	※※※※※※※※※※※※※※						
	医療 保 険	保険者名	伊方町		保険者番号	380907				
	被保険者証	記号	〇〇〇		番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		枝番	〇〇	
	フリガナ	イカタ タロウ			生年月日	昭和〇年 〇月 〇日				
	氏名	伊方 太郎			性別	男・女				
	住所	〒796-0301 伊方町湊浦1993番地1			電話番号	0894-38-2652				
	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
	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	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地			期間					
	有・無	〇〇病院 □□町△丁目×番地×号			R〇年〇月〇日 ~ R〇年〇月〇日					

提出 代 行 者	名称	該当に○（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	〒 電話番号	

主治 医	主治医の氏名	愛媛 一郎		医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒796-xxxx □□町△丁目×番地×号		電話番号	0894-xx-xxxx	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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、伊方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員に提示することに同意します。

本人氏名 伊方 太郎