

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

大山崎町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号				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					
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名				性別	男	・	女		
	住所				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			
					有効期限 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日					
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入		転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 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		入院・入所先施設等の名称			期間 年 月 日～ 年 月 日				
入院・入所先施設等の名称			期間 年 月 日～ 年 月 日							
有 ・ 無		入院・入所先施設等の名称			期間 年 月 日～ 年 月 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	医療機関名			
	所 在 地	〒 電話番号			

特定疾病名※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	
-------------------------------------	--

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、大山崎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。

裏面に続く

本人氏名

認定訪問調査に係る連絡票

※ 必ず下記についてご記入のうえ、申請をお願いします。

調査対象者	
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 氏名： <input type="checkbox"/> 申請代行者 関係： (代行者名：)

◆ 現在の生活されているところ

<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 入院(入所) 施設名 () 電話番号 (— —) ※ 退院(退所)の予定は なし・あり(月 日頃)	<input type="checkbox"/> その他 () 住所 () 電話番号 (— —)
--	--	---

◆ 調査における留意事項

<調査日調整の連絡先> ※ 調査は原則、平日の午前9時～午後4時となります。	
氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他(氏名：) (関係：)
電話	(— —) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 ※ 連絡希望時間帯 → ()
<調査立会い(同席)の希望有無>	
◎ 調査の立会い(同席)を 希望する・希望しない 都合があれば立会う	※ 希望される場合 立会者氏名() 対象者との続柄()

※ 不明な点は、担当ケアマネジャー又は大山崎町健康福祉部健康課高齢介護係までお問合せください。

<問い合わせ先> TEL (075) 956-2101 内線137・138・139