

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

〔 申請区分 → 新規申請 更新申請 区分変更申請 転入継続申請 〕

音更町長 宛て

次のとおり申請します。

	氏名		申請年月日	年	月	日
申請者	住所	〒 _____ 電話番号 () _____				
	提出代行者 (事業所名)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 担当者: _____ 電話番号 () _____				

被 保 険 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	年 月 日		
	氏名				性別	男 ・ 女		
	住所		〒 _____		電話番号 () _____			
	現在の認定区分		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
			有効期間		年 月 日 から		年 月 日	
変更申請の理由								

認 定 調 査	調査実施場所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () 自宅以外の場合は記入→	施設等名称			
	調査同席者		氏名		本人との関係		
			平日の日中に連絡が取れる連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 () _____			
備考欄							

主 治 医	主治医氏名		医療機関名			
	所在地		〒 _____ 電話番号 () _____		直近の受診日 年 月 日	

※第2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音更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。

被保険者氏名 _____ 代筆の場合 → **代筆者氏名** _____

◆町処理欄

被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 所持
調査員所属 (委託先)	
調査員名	

