**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。 | | | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申　請　者 | 氏　　　名 |  | 本人との関係 |  |
| 住　　　所 | 〒 電話番号　　　　　（　　　　　） | | |
| 提出代行者  （事業所名） | □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 | | |
|  | | |
| 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 | | 申請者  と同じ | | | | 〒 電話番号　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の認定区分 | | □要支援１　□要支援２　　　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□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 | □自宅　□病院　□施設  □その他（　　　　　 ）  自宅以外の場合は記入→ | | 施設等名称 | |  | | |
| 所　在　地 | | 〒 　　　電話番号　　　 　（　　　　 ） | | |
| 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 | | | □自宅　□携帯　□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 | □回収　　□紛失　　□所持 |
| 調査員所属（委託先） |  |
| 調査員名 |  |