

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

山元町長 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 記号・番号	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 平成・令和 年 月 日から令和 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 令和 年 月 日												
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日							
		介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日							
		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日							
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地					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・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									

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、主治医意見書、山元町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、山元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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

認定調査（訪問調査）連絡票

記入日 年 月 日

調査員が調査を行う際に参考にさせていただきますので、下記について該当部分の□にレを入れ必要事項をご記入ください。

①調査日程調整のための連絡先

（認定調査時に立ち会っていただく方（ご本人の状態をよくご存じの方））

調査員訪問先	訪問調査先	□自宅（住所と同じ） □病院入院中 □施設入所中 □その他			
		名 称			
		住 所			
		《入院（所）期間》 平・令 年 月 日から令和 年 月 日 予定・未定			
	調査連絡先	フリガナ			被保険者との関係
氏 名					
電 話 ①				《連絡希望時間帯》 □いつでもよい □昼（12時～13時） □希望時間（ ）	
電 話 ②					
調査時の同席有無		有・無・その他（ ）		立会無の場合調査日の連絡	必要 ・ 不要

※調査の日程を後日連絡いたしますので必ずご記入ください。

②調査時の留意事項

今回の申請について本人は （知っている・知らない）
 癌の告知・病気の認識 （有・無）
 物忘れ （有・無）
【その他、相談や特に注意して調査してほしいことがあれば具体的に記入してください】

《地域福祉課記入欄》

	保険証の提示	資格者証	保険料照会	代理受領	申請受付者
事務 処理欄	□ 有 □ 無	□申請時交付 □調査時交付 □調査時交換	□完 納 □滞 納 □不能欠損	□ 有 □ 無	