

介護保険要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕申請書 【提出用】

(宛先) 菰野町長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険被保険者番号	3 4 1 0 0	個人番号						
(医療)保険者名称	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他の社会保険等 <input type="checkbox"/> その他 ()							
(医療)保険者番号	記号・番号(枝番)							
フリガナ								
被保険者氏名 (介護が必要な方)	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月 日			
住 所	〒 _____ ☎ _____ - _____							
※前回の要介護認定等の結果及び有効期間(更新・変更時のみ)	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援1	要支援2
	有効期間	年 月 日 から		年 月 日				
※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	転出元自治体住所 _____ ※1月1日現在の住所確認 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい 申請日 年 月 日・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合 ⇒ 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2) 認定有効期間 ~							
※変更申請理由 (変更申請の場合のみ記入)								
過去6ヵ月間の介護 保険施設・医療機関 等入院入所の有無	介護保険施設または医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日	~	年 月 日
	介護保険施設または医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日	~	年 月 日
有・無								

提出 代 行 者	<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"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 被保険者以外が申請するときは記載してください。	
	所在地		氏 名 (続柄)	
	名 称		電 話	
	電話番号		住 所	
	担当者氏名			

主 治 医	医療機関名			診療科名	
	所在地	〒 _____ ☎ _____ - _____		医師名	

調 査 場 所	該当に○	※上記住所以外の場所で調査を希望される方は施設等の名称及び住所を記入して下さい			
	1. 自宅 2. 施設等	施設等の名称	住所		
連絡先氏名		連絡先電話番号		☎ _____ - _____	

訪 問 調 査 希 望 日 ・ 時 間	
第1希望	月 日 9:00 10:30 13:30 15:00
第2希望	月 日 9:00 10:30 13:30 15:00
	月 日 9:00 10:30 13:30 15:00
	月 日

オムツ希望	有 ・ 無 ・ 受給中
-------	-------------

第1号被保険者(65歳以上の方)のみ記入して下さい(該当に○)

申請に至った原因	1. 第三者行為 2. 労働者災害 3. その他
----------	--------------------------

第2号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)のみ記入して下さい。

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、菰野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。

町 処 理 欄	被保証預	資格者証	介護端末	認定端末
	/	/	/	/

本人氏名 _____

代筆者 _____