

# 介護保険【要介護認定・要支援認定】申請書

川南町長 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		大正・昭和 年 月 日 ( ) 歳															
	氏 名												性 別		男 ・ 女															
	住 所		〒										電 話 番 号																	
	前回要介護 認定の結果等		※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		要 支 援 1・2					要 介 護 1・2・3・4・5																				
					有効期間 令和 年 月 日 から 令和 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		介護保険施設の名称等・所在地										期 間																	
													年 月 日 ~ 年 月 日																	
介護保険施設の名称等・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・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											
	〒												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、及び主治医意見書を、川南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。

本人氏名

申請者 (本人、家族、法定代理人等)	住所	電話	
	氏名	続柄	
主治医意見書	最終受診日	予定受診日	

新規       更新      認定調査連絡票

て受希 くけ望 だてす さいる 。サー サービス、 を又は 記入は し現在	在宅	<input type="checkbox"/> 通所(介護・リハ) 事業所名 月 回 曜日
		<input type="checkbox"/> 訪問(介護・リハ・看護) 事業所名 月 回 曜日
		<input type="checkbox"/> ショートステイ 事業所名 月 日
		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 (用具の種類)
		<input type="checkbox"/> 住宅改修
	宅	<input type="checkbox"/> 施設 施設名
		<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム 介護付有料老人ホーム
		<input type="checkbox"/> グループホーム グループホーム
		<input type="checkbox"/> その他 小規模多機能型居宅介護

調査項目	調査先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 ( )	入院中の場合	病棟	
	住所			退院予定日	令和 年 月 日・未定

認定調査立会人	家族の立会	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由: )
	氏名	続柄
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
	電話番号	① ② (※昼間連絡が取れる電話番号、携帯又は会社等)

調査できない日に×をつけてください(受診・通所などの都合も含む)。希望日があれば記入してください。 調査開始可能時間 (9:30～、14:00～)		月	火	水	木	金	備考	連絡事項等あれば記載してください。
	午前							
	午後							

その他	認定結果通知書及び介護保険証の送付先	結果通知書	住所	宛名
		保険証	住所	宛名

【保険者記載】	
---------	--