

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

〇 年

〇 月

〇 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号												
	医療 保険	保 険 者 名	川南町国保		保険者番号	〇〇〇〇〇〇									
		被 保 険 者 証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇				枝 番	〇〇				
	フリガナ	カワミナミ タロウ				生年月日	大正・昭和		年	月	日	歳			
	氏 名	川南 太郎				性 別	男		女						
	住 所	〒 889-1301 川南町大字川南〇〇〇番地〇 電 話 番 号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇													
	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		〇 年 〇 月 〇 日 ~								
	〇〇〇ホーム				〇 年 〇 月 〇 日										
	介護保険施設の名称等・所在地				期 間		年 月 日 ~								
	医療機関等の名称等・所在地				期 間		〇 年 〇 月 〇 日 ~								
有 ・ 無	□□□病院				〇 年 〇 月 〇 日										
	医療機関等の名称等・所在地				期 間		年 月 日 ~								

お手持ちの介護保険被保険者証・医療保険証を元に、番号・保険者名等を御記入ください。

介護保険施設に入所中または入所していた場合は、施設名と入所期間を御記入ください。

病院に入院中または入院していた場合は、病院名と入院期間を御記入ください。

提 出 代 行 者	名 称	該当に〇（地域包括支援センター・ <u>居宅介護支援事業者</u> ・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） 居宅介護支援事業所〇〇〇									
	住 所	〒 889-1301 川南町大字川南〇〇〇番地〇〇 電 話 番 号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇									

提出代行者に該当しない場合は、こちらは記入不要です。
（例：介護付有料老人ホーム、グループホーム等）

主 治 医	主 治 医 の 氏 名	〇〇 〇〇		医 療 機 関 名	□□□病院	
	〒 889-1301 川南町大字川南〇〇〇番地〇〇 電 話 番 号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					

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 〇〇 〇〇

名前を御記入ください。
印鑑の押印は不要です。
代筆者が署名する場合は、
代筆者氏名も御記入ください。

申請者 (本人、家族、法定代理人等)	住 所	川南町大字川南〇〇〇番地〇〇		電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	氏 名	〇〇 〇〇		続柄	本人	
主治医意見書	最終受診日	令和〇年〇月〇日	予定受診日	令和〇年〇月〇日		

申請者(本人、家族又は法定代理人)が、必ず御記入ください。

□ 新規 ☒ 更新 認定調査連絡票														
調 査 項 目	入在希 し受望 てけす くてる だいさ ーさる いサー ビス、 ビス又 をは記 現	☒ 在宅	☒ 通所(介護・リハ) 事業所名 〇〇〇〇 月 2 回 曜日 火・木											
			☐ 訪問(介護・リハ・看護) 事業所名 月 回 曜日											
			☐ ショートステイ 事業所名 月 日											
			☐ 福祉用具貸与・購入 (用具の種類)											
			☐ 住宅改修											
		☐ 施 設 施設名												
		☐ 介護付有料老人ホーム 介護付有料老人ホーム												
		☐ グループホーム グループホーム												
	☐ その他 小規模多機能													
	調 査 先	☒ 自 宅 ☐ 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	☐ 有 ☒ 無 (理由: 仕事の都合により、立会ができないため)											
		氏 名							続柄					
		住 所	☐ 被保険者と同じ											
		電話番号	①						(※昼間連絡が取れる電話番号、携帯又は会社等)					
②														
調 査 可 能 日	<u>調査できない日に×をつ</u> 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 〕														