

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

(宛先) 東温市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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		明・大・昭		年		月		日				
	氏 名												性 別		男		・		女						
			住 所		〒										電 話 番 号 ()		-								
	前回の要介護 認定等の結果		<input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 非該当																						
			有効期間		年		月		日		から		年		月		日								
			<small>※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入してください。</small> 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。 はい・いいえ 「はい」の場合 申請日 年 月 日																						
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院入所 有・無		介護保険施設の名称等					期間					年		月		日		～		年		月		日
医療機関等の名称等					期間					年		月		日		～		年		月		日			

申 請 書 提 出 者	代 行 事 業 者	事業所種別 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設			
		名 称				
		所在地	〒 - 電話番号 () -			
	上 記 以 外	名 称			本人との関係	
所在地		〒 - 電話番号 () -				

主 治 医	主治医の氏名						医療機関等の名称					
	医療機関等 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)のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

居宅(介護予防)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、東温市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者、介護保険施設若しくは介護予防・生活支援サービス事業実施者及び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 _____

代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

認 定 調 査 等 連 絡 票

被保険者	被保険者番号	0	0	0						
	フリガナ									
	氏 名									

訪問先	<input type="checkbox"/> 自 宅	住 所	※住所地と同じ場合は記入不用		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	訪問先の名称			
		住 所 電話番号			
※駐車場所 あり ・ なし ()					

訪問日時等の 打ち合わせ先	<input type="checkbox"/> 本 人	連 絡 先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自 宅 ()	<input type="checkbox"/> 携 帯 電 話 ()	<input type="checkbox"/> そ の 他 ()
	<input type="checkbox"/> 本人以外	フリガナ			
		氏 名			
		本人との関係			
		連 絡 先 電話番号	<input type="checkbox"/> 自 宅 ()	<input type="checkbox"/> 携 帯 電 話 ()	<input type="checkbox"/> そ の 他 ()

日時の希望等	<input type="checkbox"/> 特になし			
	<input type="checkbox"/> 希望あり ()			
	サービス利用、通院等の予定等			
(※配食サービスの利用： あり なし)				

居宅介護支援事業所の 担当介護支援専門員、 介護保険施設の 担当者等	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
	フリガナ			
	担当者氏名			

※今回の申請に係る認定等の結果通知書、被保険者証、負担割合証について、やむをえない事情により住所地以外への送付を希望される場合は下記に記入してください。（長期に渡り住所地以外への送付を希望される場合は、別途送付先設定の届出をお願いします。）

やむをえない事情	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所（入居） <input type="checkbox"/> 住所地以外に滞在中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
----------	---	--	--

住 所 事業所・建物等の名称	〒		
-------------------	---	--	--

宛名（氏名）		本人との関係	
--------	--	--------	--

今回の申請に係る認定結果通知書、被保険者証、負担割合証については、上記に送付することに同意します。

被保険者署名 _____

代筆者氏名 _____ (本人との関係 _____)