

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

嵐山町長 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						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							
				有効期間 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで												
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院又は入所の 有無		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													
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								
		医療機関等の名称等・所在地						期間 年 月 日～年 月 日								

申請 代 行者	氏名 (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歳までの医療保険加入者)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、嵐山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、嵐山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

認定申請確認票

1 この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

訪問調査先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入	住 所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。)	電話番号	
	入院、入所先 (病院、介護保険施設、ケアハウス・グループホーム等に入所している場合)	※入院中の場合は病室の部屋番号まで記入してください。 (_____ 号室)	
		退院退所予定	有 (____ 月 ____ 日予定) ・ 無
同席希望の有無		有 ・ 無	
同席を希望される方のみ ご記入ください。		ふりがな氏名 _____ 住 所 _____ 連絡先 (平日昼間) TEL _____ (自宅・勤務先) 携帯 _____ 被保険者との関係 _____	
都合の悪い曜日や時間帯 ※デイサービス、ショートステイ利用日、病院受診予定日などの情報をご記入ください。		有 [_____] 無 [_____]	
備 考 (調査時に留意して欲しいことなどある場合は記入ください。)			

2 主治医受診状況

受診状況 (入院・入所は記入不要)	月に ____ 回 その他 (_____)	最近の受診日	受診予定
----------------------	----------------------------	--------	------

処理欄	保険証の提出	調査機関	入力日	依頼日
	有 ・ 無 ・ 紛失届 ・ 2号			