

更
新
介護保険
要介護認定・要支援認定
申請書

瀬戸内町長 殿

次のとおり申請します。

主治医 意見書	訪問 調査日	一 送 致 組 日	介護保険料 確認

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		5	2	5	0	0					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		〒894-瀬戸内町								電話番号									
	※ 要介護・要支援 更新認定の場合 のみ記入		前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分		1	2	3	4	5	経過的要介護		要支援状態区分		1	2			
			有効期間		年		月		日		から		年		月		日			
過去6ヶ月間の介護保険施設・ 医療機関等の入院入所の有無		有 ・ 無		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		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・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歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名																		
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○訪問調査時の立会い（要・否）
・日中に連絡のとれる連絡先（立会い要の方）
氏名（続柄）：
連絡先：

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、瀬戸内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健施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、瀬戸内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。申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

○不在時（サービス利用状況等）

本人氏名 _____
代筆者 _____ 続柄 _____
代筆理由 _____