

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

福崎町長 様

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	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		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																	
			有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで																						
	過去6月間の 介護保険施設 ・ 医療機関への 入院、入所の 有 無  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">有 ・ 無</span>		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																	
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																				

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)																		
	住 所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	住 所	〒										電話番号										

第二号被保険者(40歳から65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、及び主治医意見書を、保険者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

---

申請書提出後に被保険者の身体等の状況を確認するため、訪問調査を行いますので日程等についてご記入をお願いします。訪問調査時間は、およそ1時間程度です。

調査は平日の9時から17時の間に行います。

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外  ( _____ 号室)
訪問希望日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )
調査立会人	<input type="checkbox"/> 家族 (氏名 : _____ 続柄 : _____ ) <input type="checkbox"/> その他 (氏名 : _____ )
日程調整連絡先	連絡先(氏名 : _____ 続柄 : _____ ) 電話番号 : _____
連絡時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望有 午前・午後 _____ 時 ~ 午前・午後 _____ 時 原則午前8時30分～午後5時までの時間を記入してください
サービス利用希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有 (検討しているサービス: _____ )

◆ 地域包括支援センター等記入欄 ◆

備考	受付日時(令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 時 _____ 分) 受付者( _____ )				
保険証回収	1. 済	2. 未	資格者証交付	1. 済	2. 未