

介護保険

要介護・要支援認定
 要介護・要支援更新認定
 要介護・要支援認定区分変更

申請書

木曾岬町長 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	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		
			有効期限 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		※14日以内 に他自治体 から転入した 者のみ記入			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。 （既に認定結果通知書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					

申請者		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		
提出代行者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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、介護医療院）		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

2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、主治医意見書、木曾岬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、木曾岬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。
 ・更新申請に係る要介護認定・要支援認定を有効期間内に実施できる場合には、申請日から30日を越えて処分を行う場合であっても、延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名： _____ 代筆者氏名： _____ 続柄 _____

介護保険 申請連絡票

被保険者名

1 訪問調査の日程調整連絡先 ※平日の日中連絡可能な電話番号をご記入ください

・日程調整者（先）
 氏名（施設名）： (関係) 電話番号：
 ・上記以外の立会い者（連絡：□要 □不要）
 氏名： (関係) 電話番号：
 備考： ()

3 訪問調査場所 ※調査を受ける方の日頃の様子分かる場所をお願いします

自宅
 施設 施設名：
 その他 具体的な住所・場所名：
 入院中 病院名： (階 号室)
 入院日： 病名：
 退院予定日：

4 訪問調査の希望日時 ※調査は月曜日～金曜日の9時～16時で約1時間程度です

都合の悪い曜日
 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
 備考： ()

5 介護保険サービス利用について

更新の方 現在利用中 ※担当ケアマネジャーを教えてください
 (ケアマネジャー事業所名： 氏名：)
 利用していない

新規の方 認定が出てからでよい すぐに使いたい 相談したい

6 申請理由

更新の期限がきた 病院で勧められた（内容：)
 デイサービス/訪問介護（ホームヘルプサービス）を利用したい 住宅改修・福祉用具購入をしたい
 介護サービス（訪問/通所リハビリ、ショートステイ、訪問看護など）を利用したい
 その他 ※以下に主な理由（体調不良など）をご記入ください
 ()

7 留意事項 ※訪問調査時、特別に配慮すべきことや伝達事項等があれば具体的にご記入ください