様式第３号（第７条関係）

介護保険要介護・要支援〔 認定 ・ 更新認定 ・ 認定変更 〕申請書

川越町長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ		男・女	被保険者番号	３４４０００	
被保険者氏名（介護が必要な方）			個人番号		
			生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日	
医療保険	保険者名		保険者番号		
	被保険者	記　号		番号	枝番
住　所	〒 三重県三重郡川越町大字　　番地 （町外の方：　　） 電話番号				
前回の要介護認定の結果等（該当に○）	更新・変更時のみ記入	要介護（ １・２・３・４・５ ）　要支援（ １・２ ）			
		有効期間　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日			
	※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。→ はい ・ いいえ （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」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の有無	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	
※変更申請理由（認定変更時のみ記入）					

提出代行者	氏名（窓口にこられた方）		本人との関係	
	名　称	該当に○：1.地域包括支援センター　2.居宅介護支援事業者 3.介護保険施設　4.その他（　　） 電話番号		
	住　所	〒	担当者名	

主治医	医療機関名		診療科名	
	所在地	〒 電話番号	医師名	

調査希望日（該当に○）	希望あり・希望なし	第１希望　　月　　日 午前・午後・常時	第２希望　　月　　日 午前・午後・常時
		その他希望（曜日・時間帯）	※土・日・祝日はご遠慮ください。ご希望に添えない場合は改めてご連絡し、調整させていただきます。
調査場所（該当に○）	１．自宅　２．入院･入所施設　３．その他(具体的に) 家族等の立ち会い：１．可（立会予定者：氏名　　）　２．不可		
連絡先氏名	（本人との関係：　　）　電話番号		

第２号被保険者（40歳～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	

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、川越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、川越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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿