

介護保険要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕申請書

三重郡川越町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日								
フリガナ		被保険者番号	3	4	4	0	0	0				
被保険者氏名 (介護が必要な方)	男・女	個人番号										
		生年月日	明・大・昭		年		月		日			
医療保険	保険者名	保険者番号										
	被保険者証	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 年 月 日 ~ 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	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	無	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	申請者氏名 (窓口に来られた方)	本人との関係	
	名称・住所等	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/本人との関係 () 〒 電話番号 (1~3の場合/担当者名)	

主治医	医療機関名	診療科名
	所在地	医師名
〒		電話番号

調査希望日 (該当に○)	希望あり	第1希望 月 日 午前・午後・常時	第2希望 月 日 午前・午後・常時
	希望なし	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 2. 不可)		
連絡先氏名	(本人との関係) 電話番号		

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を同意します。

本人氏名 _____