

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

吉田町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	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										年		月		日		から		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。 （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		・		いいえ									
	「はい」の場合、申請日										年		月		日																						
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無		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			
		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			
有 ・ 無																						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・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、吉田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に同意します。

本人氏名

来庁者	本人との関係 ()
住所	〒
電話番号	

※当てはまるものに☑を入れてください。

☐ 訪問調査は、来庁者が立ち会います。

来庁者以外の場合

氏名	本人との関係 ()
電話番号	

☐ 主治医の同意を得ています。

☐ 介護が必要になった原因は、第三者行為（交通事故等）によるものです。
(年 月頃)

☐ 障害者手帳の交付があります。
(身体 ・ 療育 ・ 精神)

★障害福祉サービスの利用 (有 ・ 無)

保険者確認欄（記入不要）

◆訪問調査日程調整連絡 (自宅 ・ 来庁者 ・ 立会人 ・ その他 () ・ 直接)
◆問診票 (要 ・ 不要) ☐ 手渡し
◆訪問調査場所 自宅 ・ 病院 (病棟) ・ 施設 ()