

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

大山町長様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒689- 西伯郡大山町 電話番号 - -		
險	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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 令和 年 月 日から 令和 年 月 日		
	*入院・入所中の方は必ずご記入ください。			
	令和 月 日から			入院・入所中

申請者氏名	
申請者住所	〒 電話番号
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） 印

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

*健康保険証の写しを添付してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、大山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 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

訪問調査連絡票

1. 被保険者の方はどちらにいらっしゃいますか？

次のいずれかを○で囲んでください。

ご在宅 ・ 入院中 ・ 入所中

2. 入院中・入所中に○をされた方は病院名（ 号室）・施設名をご記入ください。

病 院 名 又は 施 設 名	(号室)
----------------------	-------

3. 認定調査に伺います。ご家族の方が立会いを希望されますか？

次のいずれかを○で囲んでください。

希望する ・ 希望しない

4. 希望するに○をされた方は、認定調査の日程調整をしますので、お名前とご連絡先（ご連絡の取りやすい番号）をご記入ください。

日程調整される方のお名前（続柄）	
連絡先（携帯電話等）	
ご連絡可能な時間帯	

5. 備考（新規の場合は申請理由を、またその他連絡事項があれば記入してください。）