

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

(あて先) 市川三郷町長
次のとおり申請します。

申請区分	新規 更新 変更 *該当に○		
申請者氏名	続柄（ ）	申請年月日	年 月 日
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		
提出代行者住所	〒 電話番号（ ）		

被 保 険 者	被保険者番号										個人番号									
	フリガナ										生年月日	明・大・昭								
	氏 名											年	月	日						
											性 別	男 ・ 女								
	住 所	〒 電話番号 ()																		
	通知の送付先 の変更を希望 する ・ しない	〒 電話番号 () 様方																		
申請の理由 新規・変更のみ記入																				

主治医 ・ 指定医	医師の氏名		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

医療 保険者名	医療保険被保険者証 記号 番号	特定 疾病名
------------	--------------------	-----------

介護サービス又は介護予防サービス計画を作成するために必要がある時は、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市川三郷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、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（署名）代筆者氏名（署名）

※ 代筆は、やむを得ない事情があるが場合を除いて**家族**が行ってください。また、代筆する場合は本人氏名も記入してください。

裏面につづく

申請者連絡票（市川三郷町）

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成のため峡南広域行政組合に提出されます。申請書と重複してご記入いただく部分もありますが、ご了承をお願いします。

被 保 険 者 番 号

フ リ ガ ナ
被 保 険 者 氏 名

申 請 区 分	新規 更新 変更	申 請 年 月 日	令和 年 月 日
所在先 認定調査を行う 場所を○で選択	住 所： ・自 宅 ・家族宅 ・その他 ※その他を選択された方は施設名、施設住所を記載してください。		
期 間 自宅以外の方は記入	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ・ 未定		
主 治 医 (意見書作成医) 最終診察日・受診予 定日についても必ず 記入してください。	医師氏名 (科) 医療機関名：		
	住 所：		
	最終診察日：令和 年 月 日 受診予定日：令和 年 月 日		
ショートステイ の 利 用 状 況	予定あり・利用中 月 日 ～ 月 日 施設名：		
サ ー ビ ス の 利 用 日 と 種 類	毎週 ・ 隔週 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ○ デイサービス △ ホームヘルプ □ その他		
家族等の調査時 の立会い及び家 族等の連絡先	☐ 立会う ☐ 立会えないが介護状況等について伝えたいため連絡は必要 ☐ 立会わない ※介護状況等の聞き取りで、介護度などをお知らせするものではありません。		
	氏 名 続 柄		
	電 話 通話可 番 号 能時間		
	携 帯 通話可 番 号 能時間		
申請に至った経緯 新規・変更申請の方のみ 記入してください。			

町記入欄

有効期間： 月末

同 伴： する（同伴者： 電話 ） ・ しない

連絡事項： _____

この申請者連絡票は、市川三郷町及び峡南広域行政組合個人情報保護条例により管理され、介護保険事務以外の用途に用いることは一切ありません。

--	--	--