

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・介護医療院		
提出代行者住所	〒 電話番号 ()		

被	介護保険 被保険者番号		個人番号	
	医療 保険	保険者名	保険者番号	
保		被保険者証 記号	番号	枝番
	フリガナ			
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
險	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 ()		
者	申請の理由 新規・変更のみ記入	様方		

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

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）

被保険者番号

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成を円滑に実施するために、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。

フリガナ

被保険者氏名

生年月日 大・昭 年 月 日

申請区分	新規	更新	変更	申請年月日	令和	年	月	日
調査を行う場所 <small>調査を行う場所を選択し、住所・電話番号を記入してください。施設・病院の場合は、入所・入院日、退所・退院予定、施設・病院名も記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族・親族宅							
	<input type="checkbox"/> 施設 → 入所日 年 月 日 ~ 退所予定 無・有(月 日頃)							
<input type="checkbox"/> 病院 → 入院日 年 月 日 ~ 退院予定 無・有(月 日頃)								
認定調査 訪問先 住所（施設名・病院名）				電話番号				
主治医 （意見書作成医） <small>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。</small>	医療機関名：			医師氏名：（ 科）				
	住所：							
	最終診察日：令和 年 月 日				受診予定日：令和 年 月 日			
サービスの種類と利用日 <small>利用中のサービスの予定を記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> ショートステイ ① 月 日 ~ 月 日 ③ 月 日 ~ 月 日		<input type="checkbox"/> ② 月 日 ~ 月 日 ④ 月 日 ~ 月 日					
	<input type="checkbox"/> デイサービス 日・月・火・水・木・金・土							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 日・月・火・水・木・金・土							
家族等の調査時の立会い及び家族等の連絡先 介護認定調査員の通話・調査可能時間 平日 8:30~17:15	<input type="checkbox"/> 立会う → <small>調査立会いに都合の悪い日・時間</small> （ ）							
	<input type="checkbox"/> 立会えない → <input type="checkbox"/> 連絡不要 <input type="checkbox"/> 介護状況等について伝えたい為、連絡は必要 <small>※介護状況等の聞き取りのみで、介護度などをお知らせするものではありません。</small>							
	フリガナ							
	氏名				続柄・関係			
	電話番号				平日の通話可能な曜日や時間帯			
携帯番号				平日の通話可能な曜日や時間帯				
申請に至った理由 <small>現在の心身・介護の状況、主な病名、居住環境、日常生活での困り事、前回の調査から変化があった事等を記入してください。</small>								

有効期間： 月末 同伴： する（同伴者： 電話 ）・しない

町記入欄

同伴可能日：