

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

(大崎町長 経由)

【大崎町分】

申請年月日 令和 年 月 日

曾於地区介護保険組合管理者へ次のとおり申請します。

被 保 者	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									
		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 平成・令和 年 月 日から令和 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		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 令和 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、大崎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

介護保険要介護認定申請等に係る確認事項回答書

被保険者氏名

[問1] 今回の申請の内容が分かる方はどなたですか？

- 1 被保険者本人
- 2 提出代行者（県から介護保険の事業者指定を受けている居宅介護支援事業者や介護保険施設等）

担当者名

- 3 代理人（家族、民生委員や在宅介護支援センター等）

↓ 下記に必要事項を記載して下さい。

代理人	住所	〒	電話番号 ()
	氏名		被保険者との間柄 ()

[問2] 被保険者の現在の主な生活の場はどこですか？（調査先について）

- 1 自宅（被保険者宅）
- 2 申請書記載入院・入所先
- 3 自宅以外（家族宅、施設や医療機関等）

↓ 下記に必要事項を記載して下さい。

調査先	住所 (所在地)	〒	電話番号 ()
	氏名 (施設・病院名)		被保険者との間柄 ()
入院（入所）予定先での場合		年	月
		日	入院（入所）予定

[問3] 通院、通所サービス利用時、日ごろ不在で調査できない日がありますか？

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

調査できない日に×をつけてください。

[問4] 調査員が、被保険者の心身の調査を行う時に家族等の立会いを希望されますか？

- 1 希望しない
- 2 希望する
- 3 都合がつけば希望する

↓

↓

立会者	氏名	被保険者との間柄 ()		
	住所	〒		
	日中の連絡先	☎	勤務先番号	☎
	携帯番号	☎	会社名	

(注) 仕事等で日中連絡がつかない場合は、勤務先の番号又は携帯番号の記載をお願いします。

[問5] 申請書を提出するにあたって連絡事項等がありますか？

最近の入所・入院状況、疾病の状況等