

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

与論町長 様

次のおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者 の 保 険	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										
			※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 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		介護保険施設等の名称等・所在地											
		期間 年 月 日～年 月 日											
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地											
		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、与論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 _____

【更新申請の場合】	申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。（同意します ・ 同意しません）									
-----------	--------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者氏名	
--------	--

送付先が異なる場所にする場合に記入してください。

フリガナ		被保険者 との続柄	
宛先氏名			
住所	〒		

現在利用しているサービス、又は希望するサービス

現在利用中	
利用希望(予定)	

認定調査についての希望等記入欄

訪問日時	1. 都合の悪い日 月 日 () 午前・午後 2. 特に希望しない
訪問先	1. 自宅 2. 施設・病院・その他 住所: 名称: 病棟及び部屋番号: 電話番号:
家族等連絡先 (同居の場合は不要)	住所: 氏名: 被保険者との関係 電話番号: (昼間連絡をとることができる電話番号を記入してください)
その他	※独居の場合:調査時立ち会い 1. なし 2. あり (立会人名)