

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

鳥取県西伯郡大山町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	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	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 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「はいえ」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 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	介護保険施設の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地		期 間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・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		

申 請 者		被保険者との関係	
申請者住所	〒		
	電話番号		
提出代行者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		

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、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

本人との続柄

訪問調査連絡票

※申請書とあわせて提出してください。

1. 被保険者の方はどちらにいらっしゃいますか？

次のいずれかに○で囲んでください。

(1) 入院・入所中

*入院・入所先の職員からご様子を聞き取りますので、ご家族の立ち合いは必須ではありません。

病院・施設名	(号室)
--------	-------

(2) 在宅

ご自宅で認定調査を行います。

立ち会い・聞き取りのできる方 (続柄)	()
携帯電話等	

*後日、電話により日程調整をします。

*立ち合いが難しい場合は電話で聞き取りさせていただく場合があります。

2. 申請理由、その他連絡事項等があれば記入してください。

*介護保険証は被保険者の住所または役場に転送依頼をしておられる場合はそちらの住所へ送付します。それ以外の所へ送付を希望される場合はお知らせください。