介護保険 要介護認定(更新)・要支援認定(更新)申請書

岩内町長 様

要介護認定(更新)・要支援認定(更新)について、次のとおり申請します。

													申請	手午	月日			年	₹	,	月		日
	被保险	食者番号											個	人 같	番 号								
	医療	保険者名	7	1								保隆	食者看	昏号			1	1 1			<u> </u>		
被	保険	証	記号							番岩	를						枝	番					
	フリ	ガナ											生生	年 丿	月日	明	台・ラ				7		н
	氏										•	.645								1		日	
													性		別			男	•	女			
,	住	所	₹																				
保	114	121		電話番号																			
			▼重	新認定の	7) 5	要介	護状	態区	 分	1	2	3	3	4	5		要支	援状	態区	分	1	2	2
	前回の要介護 認定等の結果 等		場	合のみ言	(2 J	有	効	期	間		年		月		ヨ か	ò		年		月		日月	まで
険			*14日以内に 転出元自治体(市町村)名 []																				
150			他自治体から 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。																				
			介護	保険施	設の名				、甲醇	<u> </u>		— 年	_	期	間	日							
	_	月間の介 施設・医	介誰	保険施	きむのな	夕新鱼	호 . 하	÷左₩						期	間	年	月	日	~		年	月	日
者	療機関	八吱	体灰ル	100 ツィ	白小玉	F D	111111111111111111111111111111111111111						刼	[F]	年	月	日	~		年	月	日	
	入院の	医療	機関	等の名	称等	• 所	在地						期										
	□有	医療	機関	等の名	称等	· 所	在地						間期		年	月	日~	~		年	月	日	
		□無												間		年	月	日	\sim		年	月	日
				家族	结板(<i>'</i>) [14445	匀长:	支援セ	ヾ゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゚゚゚	,		宅介言	在古坛	車業	土		介護者	د ا بـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	でかけね	亩 量几
提	名	称		介護老							型医療				·護医療		才未	18		その他		3 7111.//厄)
出																					印		
代行			Ŧ																				
者	住	所	電話番号																				
																电配	金さ	7					
	主治医の氏名とは、大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大きな大											まね終	盟夕										
主	<u> </u>	2011/11	医療機関											大 1/1									
治医	所	〒																					
医	721	在地														電記	番号	<u>t.</u> 7					
★9日地/P吟老 (40 等から C 4 等の医療/P吟加 3 老) ので到 3																							
第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																							
		、M 石 																					

が護り一と人計画の作成等が護保険事業の適切な連宮のために必要があるとさば、要が護認定・要又依認定にか 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、岩内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。 また、更新認定申請の結果が現認定の有効期間中に通知されるのであれば、認定延期通知は省略してもかまいま

せん。

(本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族、代行者等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。)

本人署名	代筆者氏名	(本人との関係)
平 八 若 行	11. 重有以行	(本人での)美川ポ	,

	要介護認定・要支援認定変更申請をされるにあたって	
1.	ご本人について	
	□「介護保険」「認知」という言葉に、抵抗感がある	
	□ 介護保険サービスを緊急に利用したい	`
0	⇒± 88 /±	
۷.	訪問先 □ ご自宅 □ 病院 (病棟 階 号室) □ 施設	
	□その他	
3.	訪問調査日(ご都合の悪い曜日、時間帯等があれば記入してください)	
4.	訪問調査日の日程調整に関する連絡先)
	(※平日の日中に連絡が取れる方を記入してください)	
	□ ご本人 □ 提出代行者 □ その他(以下に記入してください)	_
	(氏名 ご本人との関係 ()	
	住所	
	電話番号	
5.	訪問調査日当日の立会者	
	(家族や施設職員等、ご本人の日頃の状況を把握している方にお願いします)	
	□ 上記の日程調整連絡者と同じ □ その他(以下に記入してください)	
		\mathcal{I}
	電話番号	J
6	□ 立会者なし・立会希望なし その他(提出代行者の方など、特記すべき事項があれば記入してください)	
0.)
		<u>)</u>
※岩内]町確認欄	
被保	· 上険者証 □回収 □未回収(□調査時回収 □後日持参) □紛失	

□訪問調査終了 □主治医意見書受領 保険料滞納(□有 □無) □新規扱い区変 □有効期間経過新規