

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。

		申請年月日										年		月		日		
被 保 険 者	被保険者番号											個人番号						
	フリガナ											生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					
	氏名											性別	男・女					
	住所	〒																
		電話番号																
	前回の要介護認定等の結果等	*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					
		有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																
	*14日以内に 他自治体から 転入した場合 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」の場合、申請日 年 月 日 □はい □いいえ																
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 所 、 入 院 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										期 間 年 月 日～ 年 月 日							

提 出 代 行 者	名 称	☐ 家族 続柄() ☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他() (印)															
	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2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号						
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、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 _____）

要介護認定（更新）・要支援認定（更新）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

緊急に利用したい介護保険サービスの内容及びその理由など

2. 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をお願いします)

- ☐ 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）

氏名

ご本人との関係 (

住所

電話番号

- ☐
- 立会者なし・立会希望なし

6. 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）