

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

当別町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|  |                                    |                 |   |    |                   |    |       |  |  |             |          |                 |       |  |
|--|------------------------------------|-----------------|---|----|-------------------|----|-------|--|--|-------------|----------|-----------------|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                         | 介護保険<br>被保険者番号                     |                 |   |    |                   |    |       |  |  |             | 個人<br>番号 |                 |       |  |
|  | 医療<br>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     |                 | 年 月 日 |  |
|  | 氏 名                                |                 |   |    |                   |    |       |  |  |             | 性 別      |                 | 男 ・ 女 |  |
|  | 住 所                                |                 |   |    |                   |    |       |  |  |             | 〒        |                 | 電話番号  |  |
|  | 前回の要介護<br>認定の結果等                   |                 | 要介護・要支<br>援更新認定の<br>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 |  |  |             |          |                 |       |  |
|  | ※14日以内に<br>他自治体から<br>転入した者の<br>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認定等を申請中ですか。 はい ・ いいえ<br>(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)<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |    |                   |    |       |  |  |             |          |                 |       |  |
| 過去6月間の介<br>護保険施設、医<br>療機関等への入<br>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 |       |  |
|  |                                    | 介護保険施設等の名称等・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 |       |  |

|                       |              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 被保険者<br>との関係 | <input type="checkbox"/> 親族（本人との関係： ）<br><input type="checkbox"/> 提出代行者（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）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 名 称<br>(氏 名) |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所          | 〒 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|-------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|
| 主<br>治<br>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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、当別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 \_\_\_\_\_

# 申請補足情報

|   |  |
|---|--|
| <p>① 申請理由</p> <p>※更新申請の場合は記載不要</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                 病名<br/>                 時期<br/>                 原因<br/>                 希望する介護サービスなど             </div> |  |
| <p>② 訪問調査の事前連絡先</p>   | <p><input type="checkbox"/> 本人宅</p> <p><input type="checkbox"/> それ以外</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 ・氏名<br/>                 ・本人との関係<br/>                 ・住所 〒<br/><br/>                 ・電話 (        )             </div> |
| <p>③ 訪問調査時の同席の有無</p>  | <p><input type="checkbox"/> 同席を希望する</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 ・氏名<br/>                 ・本人との関係             </div> <p><input type="checkbox"/> 同席しない</p>  |
| <p>④ 訪問調査の希望日</p>   | <p><input type="checkbox"/> 特にない</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 その日を希望する理由             </div>  |
| <p>⑤ 認定結果の送付先</p>   | <p><input type="checkbox"/> 本人宅</p> <p><input type="checkbox"/> それ以外</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 ・氏名<br/>                 ・本人との関係<br/>                 ・住所 〒<br/><br/>                 ・電話 (        )             </div> |
| <p>⑥ 備考</p> <p style="margin-top: 20px;">訪問調査時の配慮事項など</p>   |  |