

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

小野町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	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 記号・番号		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		年 月 日から				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 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								
		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 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・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、小野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

別紙

介護認定調査事前確認表

要介護・要支援認定のために、調査対象者の身体や心の状況に関する項目について、調査員が自宅などに訪問してお聞きします。

調査に先立ち、以下の項目について記入をお願いします。

①訪問調査先（チェックを入れてください。）

<input type="checkbox"/> 自宅	
<input type="checkbox"/> 入所中の施設	施設名：
	入所期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 入院中の病院	病院名：
	入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	※訪問先を記入してください。

②認定調査同席者（※調査員より、平日8時30分～17時15分の間に連絡いたします。）

氏名		被保険者との関係	
電話番号	※日中連絡がつく番号を記入してください。		
調査希望日及び時間帯			

③特記事項

希望するサービス、疾病、認知症状等、特に留意すべき事項があれば記入してください。

--