

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入継続)

*右の該当するものに○をつけて下さい

三股町長 あて

次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者 (代行者)	申請者氏名	本人との関係		
	事業者名	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・指定介護療養型医療施設)		
	住所	〒 _____ Tel _____		

※本人記載の場合、上記は不要

被 保 険 者 (本 人)	フリガナ				被保険者番号					
	氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	
		性別				男 ・ 女				
	住所	〒 _____			電話番号					
	前回の認定結果	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援 1 2				
		有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日								
	※14日以内に 他自治体から 転入した者	転出元自治体(市町村)名 【 _____ 】 現在、転出元自治体で要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ ・ 認定済 「はい」の場合 申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日								
	訪問調査	連絡先	氏名			続柄			電話番号	
		立会人	有 ・ 無	氏名			続柄			
	現在受けている サービス(予防 サービスを含む)	<input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問看護		事業所(_____)		曜日(_____)				
<input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハ		事業所(_____)		曜日(_____)						
<input type="checkbox"/> その他(_____)		事業所(_____)		曜日(_____)						
入所・入院中の者 (過去6ヶ月以内に 退所・退院した者 を含む)	入所・入院 施設名 (病院名)			入所・入院日	平成・令和	年	月	日		
				退所・退院日 (予定日)	平成・令和	年	月	日		
新規・変更の理由										

主治医	医療機関名	医療機関住所 〒 _____			TEL _____				
	主治医氏名	診療科目		最終受診日	平成・令和	年	月	日	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険者加入者)のみ記入 ※医療保険被保険者証を持参して下さい。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号	特定疾病名
--------	-------------------	-------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する為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、三股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健施設の関係人、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 _____ 続柄(_____)
(本人自署の場合、右は記載不要です。)

◇町記入欄		◇調査等			◇チェック欄	受付印
受付入力者		調査日	月 日(_____)		主治医依頼	
保険料未納	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	時間	午前・午後 _____ :			
包括確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	場所	自宅・施設・病院・その他		申請書確認	
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	番号				