

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

南巨摩郡富士川町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個 人 番 号													
	医療 保険	保 險 者 名											保 險 者 番 号													
		被保険者証	記号											番号											枝番	
	フリガナ												生年月日		() 歳											
	氏 名												性 別													
	住 所		〒										電 話 番 号													
	前回要介護 認定の結果等		*要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有 効 期 間 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 入院入所の 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																

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、富士川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

申請者連絡票（富士川町）

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成を円滑に実施するために、峡南広域行政組合に提出されます。申請書と重複してご記入いただく部分もありますが、ご了承をお願いします。

被保険者番号

フリガナ

被保険者氏名

生年月日

大・昭

年

月

日

申請区分	新規	更新	変更	申請年月日	令和	年	月	日
認定調査を行う場所 認定調査を行う場所を選択し、各項目を記入してください。	住所 ☐ 自宅 ☐ 家族・親族宅 電話番号							
	☐ 病院 ☐ 施設 名称 所在地 電話番号							
	入院(所)日 年 月 日 退院(所)予定 月 日頃							
主治医 (意見書作成医) 最終診察日・受診予定日についても必ず記入してください。	医療機関名 医師氏名: (科)							
	所在地:							
	最終診察日: 令和 年 月 日 受診予定日: 令和 年 月 日							
サービスの種類と利用日 利用中のサービス予定を記入してください。	☐ ショートステイ ① 月 日 ～ 月 日 ② 月 日 ～ 月 日							
	☐ デイサービス 日・月・火・水・木・金・土							
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 日・月・火・水・木・金・土							
調査時の立会い及び連絡先 介護認定調査員の通話可能時間 平日 8:30～17:15 調査可能時間 平日 8:30～17:15 最終調査開始 16:00～	☐ 立会う ⇒ 立会いに都合の悪い日・時間 ()							
	☐ 立会えない ⇒ ☐ 連絡必要 (介護状況等について伝えたい為) ※介護状況等の聞き取りで、介護度等をお知らせするものではありません。 ☐ 連絡不要							
	フリガナ							
	氏名 続柄・関係							
	電話・携帯番号 平日の通話可能な曜日や時間帯							
申請に至った理由 現在の心身・介護の状況、主な病名、居住環境、日常生活での困り事、前回の調査から変化があった事等を記入してください。								

有効期間: 月末 同伴: する (同伴者: 電話) ・しない

町記入欄 同伴可能日:

在宅介護実態調査