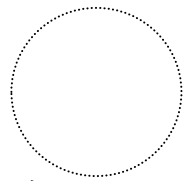


介護保険 要介護・要支援 認定申請書



播磨町長 様
次のとおり申請します。

新規 更新 状態区分変更 転入 その他() 年 月 日

①介護を必要とする方	個人番号	被保険者番号 0000
住民票の住所	〒675-01 加古郡播磨町	・電話番号() ・昼に連絡可の電話()
フリガナ		明治・大正・昭和
氏名	生年月日	年 月 日

②医療保険者証について記入してください。第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方は医療保険資格情報が必要です。

保険者名	保険者番号	記号	番号	番号	
------	-------	----	----	----	--

③第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方は特定疾病を記入してください。

特定疾病名	
-------	--

④現在、病院・施設等へ入院・入所されている場合、また実際に生活しておられる所が①の住所と違う場合に記入してください。

現在の住所	〒	・電話番号()
入院・入所の場合	(病院・施設名)	(<input type="checkbox"/> 短期入所利用中)
入院日 入所日	年 月 日	退院予定日 退所予定日

⑤主治医を記入してください。【必須】

所在地	〒	・電話番号()
医療機関等名	主治医氏名	最近の受診日

⑥訪問調査時、立会いをしていただける方に連絡をいたしますので記入してください。

立会者の住所	〒 <input type="checkbox"/> ①と同じ住所	・電話番号() ・昼に連絡可の電話()
フリガナ		続柄 本人の
立会者氏名		
連絡事項		

⑦この申請書を提出される方(又は、申請代行業者)について記入してください。本人の場合は記入不要です。

住所 所在地	〒	・電話番号() ・昼に連絡可の電話()
フリガナ		続柄 本人の
氏名 事業者名		
代行者種別	1. 居宅介護支援事業者 2. 地域包括支援センター 3. 介護保険施設 4. その他()	

※重要事項 次の事項に同意します。 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、主治医意見書、播磨町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、播磨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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)こと。

更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略をすること。

月 日入力	調査日時	月 日()	時 分
受付	調査場所	自宅・病院・施設・その他()	
前歴(自立・事業・要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5)			
前回結果の有効期間満了日		年 月 日	
保険料滞納 (有 ・ 無)	証回収 (有 ・ 無)		

本人氏名
(代筆者氏名)

(施設の際)	初回	継続
往診	有・無	在宅 施設