

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

甲 良 町 長 様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日（表面）

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									
		被保険者証					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 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>					*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					
						有効期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 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 令和 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											
有 ・ 無																					

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・指定介護療養型医療施設）									
	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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、甲良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

介護保険認定申請受付連絡票(認定調査用)

甲良町では、介護保険要介護・要支援認定の訪問調査の際、事前に連絡調整をし、訪問調査員が調査いたしますので、下記のとおり記入についてご協力頂きますようよろしくお願いいたします。

認定調査(同席する・同席しない)

※認定調査を正確に行うために、できるだけご家族様等の同席のご協力をお願いします。

□氏名: _____ (続柄等) Tel: () _____

在宅以外 の場合	入所・入院施設名			
	所在地	〒	—	Tel
	※入院の場合	【病棟】	階	号室

□ご都合の良い曜日・日時()

□ご都合の悪い曜日・日時()

□申請理由(新規申請の方のみ記入してください。更新申請の方は記入不要です。)

□その他(調査に際し、なにか配慮のいる点があればお願いします。)