

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

みなかみ町長 様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号		申請年月日		年 月 日		
	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				
	氏名		性別				
	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	
		有効期間		から			
	※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		
	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(介護予防)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、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 ()

2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みなかみ町から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)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。[更新申請の場合]申請日から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 _____
(代筆者氏名) 電話番号 _____ 本人との関係 ()

調査立会い希望	有・無	連絡先	自宅・申請者・その他	サービスの緊急性	有・無
備考					

要介護認定にかかる連絡票（職員が聞き取り記入します。訪問調査の参考にいたします。）

ご本人様の氏名（ ）新規・更新・区分変更←○をして下さい

訪問調査	<p>①ご本人様のいるところに○をして下さい。調査員が訪問いたします。</p> <p>・自宅 ・入院または入所中（病院名等 病棟 号室） （いつから入院・入所されましたか。 年 月 日頃）</p>
	<p>②訪問調査日程のご連絡先を記入して下さい。</p> <p>・昼間連絡のつく電話番号（携帯可） ・立ち会われる方の氏名 ・連絡のとり易い時間帯</p>
	<p>③希望の日時</p> <p>希望される曜日、時間帯に○をして下さい。訪問調査員から確認の電話を致します。 ご希望にそえない場合もございます。複数回答可。 尚、土日祝日、年末年始は実施致しません。</p> <p>曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ いつでも可 時間 午前 ・ 午後 ・ いつでも可</p>
主治医意見書	<p>※要介護認定にはかかりつけ医からの主治医意見書が必要となりますので、受診をお願いいたします。病院によっては、認知症の検査等の予約が必要な場合もございますので、ご注意ください。</p>
	<p>④ここ6か月くらいの間に、かかりつけ医に受診していますか。</p> <p>・受診している（病院名等 ） ・受診していない</p>
	<p>⑤最近受診された日、または受診予定日はいつですか</p> <p>年 月 日</p>

その他

<p>・更新申請・区分変更申請の方は現在受けている方はサービス、曜日等をお書きください。 ・他、ご本人の様子等、調査員に伝達したいことがあればご記入ください。</p>

お問い合わせ先

みなかみ町役場 町民福祉課 高齢介護係 0278-25-5012（直通）