

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

神流町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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		大・昭 年 月 日				
	氏名				性別		男 ・ 女				
	住所				電話番号						
	過去6ヶ月間の 介護保険施 設、医療機関 等への入所、 入院の有無	名称				令和 年 月 日～					
		所在地				令和 年 月 日					
		名称				令和 年 月 日～					
		所在地				令和 年 月 日					
有・無	名称				令和 年 月 日～						
	所在地				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。		はい・いいえ							
		申請日 令和 年 月 日		認定調査：実施 ・ 未実施							

（代 申 行 者）	氏名 （又は名称）				本人との 関係			
	住所 （又は所在地）				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			
-------	--	--	--

認 定 調 査	認定調査 立会予定者		氏名			本人との関係			
			住所			電話番号			
	認定調査場所		自宅 ・ 自宅以外（介護保険施設もしくは病院）						
	※自宅以外の場合の み記入 認定調査の名称及び 所在地		名称						
			所在地			電話番号			
認定調査希望日時		曜日：月・火・水・木・金		時間帯：午前・午後		その他希望（			

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、神流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、神流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。）ことに同意します。

本人氏名 _____