

# 介護保険 要介護・要支援認定 申請書

六戸町長様 ※申請区分に「レ」を記入してください。申請年月日：平成 年 月 日  
 次のとおり申請します。 □新規 □更新 □変更 □介護申請（要支援者の区分変更申請） □転入

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	ふりがな											生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所	〒 TEL																				
	前回認定結果等 (新規以外記入)	認定日	平成 年 月 日					認定結果	非該当・要支援( )・要介護( )					総合事業								
		有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																			
		※総合事業利用時のみ記入		総合事業利用開始日 平成 年 月 日から										・現在利用中のサービス内容(福祉用具の有無等)								
過去6か月間の 施設入居 医療機関入院等	施設の名称等・所在地(有料老人ホーム・短期入所等 含む)										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										
2号資格確認 ※40~64歳の方	保険者名					医療保険者 証記号番号					特定疾病名											
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、介護医療院) 印 担当者 ( )																				
	住所	〒 TEL																				
主 治 医	医療機関名(十和田 中央病院は診療科記 入)	医師名										主治医への 確認日 年 月 日										
	所在地	〒 TEL																				

※主治医意見書の作成につきましては、事前に医療機関との調整をお願いします。

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、及び主治医意見書を、六戸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又は主治医意見書を記載した医師、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。

本人署名 代筆者 続柄 ( )

※申請1件あたりの費用(13,000円程度)はみなさまからの保険料と税金により支えられております。

認 定 調 査 に つ い て	立会人	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 (氏名 被保険者との関係 )																			
	家族連絡先	氏名: (続柄 ) TEL										住所: ※立会いの有無に関わらず、必ずご記入下さい。									
	日程調整 の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (氏名 被保険者との関係 ) (日中連絡可能な電話番号: )																			
	調査場所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 住所地以外 訪問先名: (入院中・施設入居、入所中・その他 ) 住所: TEL																			
	希望日時	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    月 日 ( ) 時間帯 ~ ※調査員の状況により、ご希望に添えない場合があります。																			
	・具体的な心身及び介護状況等の情報										・認知症(有・無) ・難聴(有・無) ・家族構成(独居・本人含む 人) ※同居家族有の場合、続柄も記入。 ・調査時注意点(有・無) ・現在利用中のサービス状況、通院の曜日等										
	・変更申請が必要な理由(前回申請時との違いを記入してください)																				