

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：平成〇〇年〇〇月〇〇日
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 者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	ふりがな	ろくのへ かえで		生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）
	氏名	六戸 かえで		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
	住所	〒039-2371 TEL 0176-〇〇-〇〇〇〇 六戸町大字犬落瀬字後田〇〇-〇〇			
	前回認定結果等 (新規以外記入)	認定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	認定結果	非該当・要支援()・要介護(2) 総合事業
		有効期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	過去6ヵ月間の 施設入居 医療機関入院等	施設の種類等・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	〇〇病院 十和田市〇〇〇 期間 〇〇年〇〇月〇〇日～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	該当に〇(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) 居宅介護支援事業所〇〇センター 印 担当者 (福祉 花子)			
提出代行者 住所	〒039-2371 TEL 0176-〇〇-〇〇〇〇 六戸町大字犬落瀬字後田〇〇-〇〇				
主治医	医療機関名(十和田中央病院は診療科記入)	六戸町国民健康保険診療所	医師名	山田 一郎 主治医への確認日 〇〇年 〇月 〇日	
	所在地	〒039-2371 TEL 0176-23-5121 六戸町大字犬落瀬字後田42-1			

※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 六戸 かえで 代筆者 六戸 太郎 続柄 (長男)

※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 checked="" 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: 六戸 太郎 (続柄 長男) TEL 0176-〇〇-〇〇〇〇 住所: 六戸町大字犬落瀬字前谷地〇〇-〇〇 ※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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 住所地以外 訪問先名: 〇〇病院 (入居中・施設入居、入所中・その他) 住所: 十和田市〇〇〇 TEL 0176-〇〇-〇〇〇〇		
	希望日時	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〇月〇日(木) 時間帯 10:00～12:00 ※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 例: 平成〇〇年〇月、自宅で転倒し入院。 退院後、外出を拒否するようになり、入浴もしたがなくなった。 最近薬の飲み忘れや保険証をなくすなど、物忘れもひどくなっている。	・認知症(有・無) ・難聴(有・無) ・家族構成(独居・ <input checked="" type="checkbox"/> 本、含む2人)※同居家族有の場合、続柄も記入。 例: 夫と2人暮らし 長男は町内別居 ・調査時注意点(有・無) 例: 初対面の人へ対する警戒心あり ・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)			