

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

三木町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	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 記号・番号	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	*要介護・要 支 援 更 新 認 定 の 場 合 の み 記 入 ※14 日以内に 他 自 治 体 から 転 入 し た 者 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																
			有効期限										年		月		日		から		年		月		日				
			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 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日				
	介護保険施設等の名称等・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				
	医療機関等の名称等・所在地										期間		年		月		日		～		年		月		日				
有 ・ 無												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																					

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、三木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

裏面もご記入ください。

代筆者氏名

※認定調査（40分～60分程度）を円滑に行うため、記入をお願いいたします。

調査場所	☐ 自宅 電話 _____ ☐ 病院（入院中） 病院名 _____ 病室 _____ 棟 _____ 階 _____ 情報 _____ 号室 _____ 電話 _____ ☐ 施設（入所中） 施設名 _____ 電話 _____ ☐ その他 _____ 電話 _____																		
調査員駐車スペース	☐ 自宅敷地内 ☐ なし 駐車できる場所を教えてください （ _____ ）																		
家族状況	☐ 一人暮らし ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ 家族同居																		
調査時の立会い	☐ 希望しない ☐ 希望する フリガナ 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____																		
訪問調整日 調査日時 月～金曜日 9時～15時 休日除く	本人・立会者の都合の悪い曜日に×を付けてください。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ※デイサービス、通院等理由も記入ください		月	火	水	木	金	午前						午後					
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			
調査時注意点	事前に調査員へ伝えておきたいことがありますか。 ☐ 病名・病名を告知していない ☐ 本人の前で話しにくいことがある ☐ その他（病名や介護認定申請理由など）																		