

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

箕輪町長

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|-------|------------------------------|----------|------|-------|------------------|----|-----------|----|---|--|---|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 医 療 保 険 | 保険者名 | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者証 | | 記号 | | 番号 | | | | 枝番 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 性別 | | 男・女 | | 世帯主 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | | 大正 昭和 | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| | 住所 | | 〒399-46 (常会) 箕輪町大字 | | | | 電 話 番 号 | 自宅 | | | | | | | | |
| | | | 昼間の連絡先(携帯電話等) | | | | | | | | | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 *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 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険施設・医療機関等 入院・入所の有無 | | 介護保険施設・医療機関等の名称 | | | | 期 間 | | 令和 年 月 日～ | | | | | | | |
| 所在地 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 有 無 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|------|--|--------------------|--|------|--|----------|--|
| 申 請 者 (代 理 人) | フリガナ | | | | 電話番号 | | | |
| | 氏名 | | | | 電話番号 | | | |
| | 住所 | | 〒 (被保険者と同じ場合は記載不要) | | | | 被保険者との続柄 | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 提 出 代 行 者 | 氏名(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・介護医療院) | | | | | |
| | 住所 | | 〒 電話番号 | | | | | |

| | | | | |
|-------------|-----|--|--------|--|
| 主 治 医 | 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※1 | |
|---------|--|

※1:裏面参照

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、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または提供することに同意します。

本人氏名 _____

代理人氏名 _____

※1

40歳～64歳までの人が申請する際には、下記の特定疾病に該当するか主治医に確認した上で申請してください。

| | |
|--------------|--------------------------------|
| ① 筋委縮性側索硬化症 | ⑨ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| ② 後縦靭帯骨化症 | ⑩ 脳血管疾患 |
| ③ 骨折を伴う骨粗鬆症 | ⑪ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 |
| ④ 多系統委縮症 | ⑫ 閉塞性動脈硬化症 |
| ⑤ 初老期における認知症 | ⑬ 関節リウマチ |
| ⑥ 脊髄小脳変性症 | ⑭ 慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑦ 脊柱管狭窄症 | ⑮ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| ⑧ 早老症 | ⑯ がん末期 |

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更

記入のしかた

箕輪町長 様

次のとおり申請します。

| | | | | |
|------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 氏名 | 認定を受けている本人氏名 | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 〒 箕輪町大字 電話番号 | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 | | |
| | 変更申請の理由 | 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 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(○を) | 有 | 入院・入所施設名 所在地 | 心身の状態の変化(改善・悪化など)や介護の手間の変化について、詳しく記入してください。 |
| | 無 | | | |

| | | | |
|-------------------|------------|--|-----------------------------------|
| 提出 代 行 者 | 氏名 (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・介護医療院) | この欄は、提出代行者(事業者等)が記入する欄です。 電話番号 |
| | 住所 | 〒 | |

| | | | |
|-----|-----|---|---|
| 主治医 | 氏名 | | <主治医意見書を作成してもらう医療機関> ご本人の現在の状態を一番理解している医療機関について記入してください。 |
| | 所在地 | 〒 | |

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

| | | |
|--------|--|--|
| 医療保険者名 | | 2号被保険者の方で、国の定める「特定疾病」に該当している場合、申請することが出来ます。特定疾病について、詳しくは裏面を参照してください。 |
| 特定疾病名 | | |

介護サービス計画又は介護予防認定にかかる調査内容、介護認定事業者、居宅サービス事業者若しくは調査員に提示することに同意し

個人情報の取り扱いについて、記載内容に同意する場合は必ず本人氏名を記入してください。ご本人による記入が困難な場合は代筆の依頼をしていただいても結構です。

本人氏名