

**介護保険要介護認定・要支援認定申請書**

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

大崎上島町長 様

新規  要支援者の要介護新規申請  更新  区分変更  転入

次のとおり申請します。

|                        |  |  |                |       |
|------------------------|--|--|----------------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者       | 申請年月日  | 年 月 日  |                |       |
|                        | 被保険者番号   | 生年月日   |                |       |
|                        | 個人番号   | 明・大・昭 年 月 日<br>( ) 歳   |                |       |
|                        | 医療保険者名   | 保険者番号  |                |       |
|                        | 被保険者証記号  | 番 号  |                |       |
|                        | フリガナ   | 性 別  |                |       |
|                        | 氏 名  |  |                | 男 ・ 女 |
|                        | 住 所  | 〒 _____<br>電話番号 ( _____ )  |                |       |
|                        | 前回の要介護認定の結果等   | 要支援  | 1 2            | 有効期間  |
|                        |  | 要介護  | 1 2 3 4 5      |       |
| ※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 [ _____ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(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<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |                |       |
| 変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)    |  |  |                |       |
| 現在の状況 (該当にレ)           | <input type="checkbox"/> 在宅                                  | 入所施設・医療機関等の名称  |                |       |
|                        | <input type="checkbox"/> 介護保険施設                              | 所在地  |                |       |
|                        | <input type="checkbox"/> 医療機関                                | 電話番号   |                |       |
|                        | <input type="checkbox"/> その他の施設                              | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日   | 退院・転院予定日 年 月 日 |       |
| 認定調査先住所                | ※認定調査先が、被保険者住所と異なる場合は必ずご記入ください。<br>〒 _____<br>電話番号 ( _____ ) |  |                |       |
| 理由                     | ■ 認定調査を特に急ぐ必要のある場合は、「末期がん」など具体的理由を記入してください。<br>( _____ )     |  |                |       |

|       |       |                           |     |
|-------|-------|---------------------------|-----|
| 主 治 医 | 医療機関名 | 主治医の氏名                    |     |
|       | 所在地   | 〒 _____<br>電話番号 ( _____ ) |     |
|       | 受診状況  | 通院中 (最終受診日 年 月 日頃)        | 入院中 |

※本人以外が申請する場合は次の欄に記入してください。

|            |   |                       |
|------------|---|-----------------------|
| 申請者氏名      | 該当に○ (居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域包括支援センター・介護医療院) | 被保険者との関係 (提出代行者は記入不要) |
| 提出代行者名称    |   |                       |
| 住 所 又は 所在地 | 〒 _____<br>電話番号 ( _____ )                           |                       |

※ 2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ特定疾病名を記入し、健康保険証(写)を添付してください。

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|

受付

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・要支援認定に係る調査内容、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、大崎上島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 \_\_\_\_\_

※ 代筆の場合は、代筆者名を本人署名下に記入してください。

|           |      |                              |
|-----------|------|------------------------------|
| 認定調査立会人氏名 | 電話番号 | 本人との関係 ( 夫・妻・子・嫁・施設職員・ケアマネ ) |
|-----------|------|------------------------------|

- ① 名前とフリガナ、被保険者番号、個人番号を記入して下さい。
- ② 住所は、現住所（住民登録地）を町名から地番まで記入して下さい。  
電話番号は自宅を記入して下さい。
- ③ 前回の要介護認定の結果等は、認定を受けている方のみ、記入して下さい。
- ④ 転入された方で、前住所地で要介護・要支援認定申請をされている方は、  
前住所地の市区町村名と申請年月日を記入してください。
- ⑤ 現在の状況について該当するものにレをし、在宅以外の方は、医療機関、  
施設名等の名称と所在地、電話番号を記入して下さい。
- ⑥ 認定調査先が、現住所（住民登録地）でない場合は記入してください。
- ⑦ 主治医は、本人が主治医と思われる医師を記入して下さい。  
主治医が複数いる場合は、一人の医師に決めて下さい。  
または、主治医がいない場合は、町内の医師を一人決めて下さい。  
主治医の名前と医療機関名は、正確に記入して下さい。
- ⑧ 提出を代行される場合は、名称と住所、電話番号を記入して下さい。  
提出代行者は、本人が承諾された方であれば、誰でもできます。  
名称には事業所名や施設名又は個人名を記入して下さい。
- ⑨ 第2号被保険者（40歳から60歳の医療保険加入者）の方のみ記入して下さい。  
加入している医療保険証の写しを添付して下さい。
- ⑩ 個人情報（調査内容・意見書・審査判定）を関係機関（介護サービス事業所等）に  
提示することを同意する場合は、署名をお願いします。  
本人氏名の署名を代筆された場合、下線の下に代筆者名を記入して下さい。
- ⑪ 認定調査に立会（同席）される場合は、立会人氏名・日中連絡が取れる電話番号  
を記入して下さい。