

富岡町介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

《 新規 更新 区分変更》

富岡町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

申請者	氏名			本人との関係			
	住所					電話番号	
	提出代行者称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設					

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										
		被保険者証	記号					番号					枝番										
	フリガナ												生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
	氏名												性別	男・女									
	現住所 (※住民票登録地)		〒										電話番号										
	前回の 要介護認定 結果等		*要介護・要支援 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		年 月 日 から					年 月 日													
			*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 []																		
			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										
変更申請の理由 (※区分変更の場合のみ記入)		理由											状態	悪化・改善									
訪問調査先 (※現在、上記住所に住居していない方は、実際の居住地等を記入して下さい。)		住所	〒										方										
		施設名等											電話番号										
		入院・入所（予定）期間	年 月 日 ~					年 月 日															
		※調査立会人等の連絡先（家族等の介護者で、平日の日中に連絡が取れるところを指定してください。）																					
訪問調査 立会人		氏名					本人との関係																
		電話番号					勤務先など																
		連絡可能な曜日、時間帯																					

主治医	医師名（診療科）	（ 内科 ）										最終受診日	年 月 日				
	医療機関名	名称											電話番号				
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 ※医療保険被保険者証の掲示または写しを添付のこと。

特定疾病名			
-------	--	--	--

介護サービス計画を作成する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、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

特記事項	【サービスの利用日、通院日、疾病・認知症の状況等、特に留意すべき事項があれば記入してください。】
------	--