

記入例

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 《

該当する申請区分に✓を付けてください

富岡町長 様

次のとおり申請します。

申請者	氏名	担当者氏名	申請年月日	年	月	日
	住所	居宅介護支援事業所の住所	本人との関係	担当ケアマネジャー 介護支援専門員 等		
	提出代行者 氏名	<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 居宅介護支援事業者名	電話番号	連絡の取れる電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	不明な場合は未記入で大丈夫です 記入する場合は別紙のとおり添付書類をお願いします			
	医療保険	保険者名	加入している医療保険の情報を記入（保険者番号）				
		被保険者証 記号	番号	（65歳以上の方は医療保険被保険者証の写しの添付は必要ありません）			
		フリガナ	トミオカ イチロウ	生年月日	明治・大正・昭和 12年 3月 4日		
		氏名	富岡 一郎	性別	男・女		
		現住所 (※住民票登録地)	〒979-1192 富岡町大字本岡字王塚622番地1 電話番号 0240-22-2111				
		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
			*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間	平成27年3月16日から平成28年3月31日		
				転出元自治体（市町村）名	[他自治体から転入した方のみ記入してください 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、上記住所に居住していない方は、実際の居住地等を記入して下さい。)	住所	〒 郵便番号	被保険者が現在いる所の住所（施設にいる場合は施設の住所） 方			
		施設名等	病院や施設にいる場合のみ記入 してください	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	調査時に立合い可能な方の氏名	本人との関係	被保険者との関係		
		電話番号	携帯電話でも結構です	勤務先など			
		連絡可能な曜日、時間帯					

主治医	医師名（診療科）	医師名（分からない場合は省略可）	内科)	最終受診日	年 × ×月 日
	医療機関名	名称	かかりつけの病院名	電話番号	病院の電話番号
		所在地	〒 病院の住所		

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	65歳未満の方のみ記入してください
-------	-------------------

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 被保険者の氏名（代筆でも可）

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。】
------	--