

介護保険要介護・要支援〔新規・更新・変更〕認定申請書

みやこ町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

※事務局欄

申請者		本人との関係	
提出代行事業者名称	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・介護医療院〕		
申請者住所	〒 - 電話番号		
介護保険被保険者番号	個人番号		
医療保険被保険者名	被保険者番号		
被保険者証記号	番号	枝番	
(ふりがな)	生年月日	大・昭	年 月 日
氏名	性別	男・女	電話番号
住所	〒 - みやこ町		
前回の要介護認定等	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
申請理由 (変更の場合のみ)			
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・医療機関等の名称・所在地	期	年 月 日
	電話番号 - -	間	年 月 日
有・無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地	期	年 月 日
	電話番号 - -	間	年 月 日
緊急連絡先	氏名 (続柄:) 電話番号		
※いずれかに○	(ふりがな)		
主治医・指定医	医師の氏名	医療機関名	
受診日	所在地	〒 - 電話番号	
訪問調査立会者	有・無	調査希望日等	
立会者の連絡先	氏名	(続柄:)	電話番号
(該当に○)調査場所	1 住所地 2 入院・入所先 3 その他 ※その他の場合は調査場所を記入 〒 - 電話番号		
認定結果通知等の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者宛 (住民基本台帳上の住所) <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> その他 (下欄に送付先を記入ください)		
氏名(宛名)	住所	〒 -	
2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			

主治医
電算入力

意見書
送付日

郵送・手渡

調査日程
調整

調査日

遅延通知
発送日

備考

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、主治医意見書、みやこ町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、みやこ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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 _____ 代筆者 署名 _____ (続柄) _____