

介護保険〔要介護・要支援〕認定申請書

新規 更新 区分の変更 転入 ※該当にレ点を付けてください

昭和町長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

※個人番号の確認に同意します。□

(認定を受けようとしている方) 申請者	被保険者番号		個人番号																
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日															
	氏名		性別	男 ・ 女															
	住所	〒 電話番号																	

前回の要介護認定の結果等	※更新、区分変更の者のみ記入	要支援状態区分	1	2	要介護状態区分	1	2	3	4	5
		有効期間	令和 年 月 日		から	令和 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 令和 年 月 日

医療保険	保険者名	※国保、後期加入の方は記入の必要はありません。					保険者番号					
	被保険者証	記号		番号		枝番						
	被保険者名											
	取得日	年 月 日					続柄					

提出者	氏名称	該当に○（家族等・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・指定介護療養型医療施設、介護医療院）												
	住所	〒 電話番号												

本人との関係 []

主治医	主治医の氏名						医療機関名						
	所在地	〒 電話番号											

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、昭和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、昭和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 _____

過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所 有 ・ 無	介護保険施設、医療機関等の名称・所在地	期間	年	月	日	～
	介護保険施設、医療機関等の名称・所在地	期間	年	月	日	～

認定調査時等の連絡先 どちらかに○ 表面提出者と (同じ・異なる)	氏名	本人との関係 []				
	住所	〒	電話番号			
立会人 (認定調査時の連絡先と同じ場合は不要)						本人との関係 []

現在利用している介護サービス	ケアマネージャー 【 】	内容・曜日等を記入してください <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問系サービス <input type="checkbox"/> その他
----------------	--------------------------------------	---

* 備考（区分変更の場合は申請の理由を記入）

* 備考（役場記入欄）

[調査場所] 自宅 ・ 自宅外 ()

第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 * 2号被保険者は次の特定疾病によることが認定の要件となります。

※右の特 ○で表 定の該 当する 番号を 下さい。	1 <u>がん(がん末期)</u>	9 <u>脊柱管狭窄症</u>
	2 <u>関節リウマチ</u>	10 <u>早老症</u>
	3 <u>筋萎縮性側索硬化症</u>	11 <u>多系統萎縮症</u>
	4 <u>後縦靭帯骨化症</u>	12 <u>糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿 病性網膜症</u>
	5 <u>骨折を伴う骨粗しょう症</u>	13 <u>脳血管疾患</u>
	6 <u>初老期における認知症</u>	14 <u>閉塞性動脈硬化症</u>
	7 <u>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(パーキンソン病関連 疾患)</u>	15 <u>慢性閉塞性肺疾患</u>
	8 <u>脊髄小脳変性症</u>	16 <u>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</u>

* 記入事項等不明な点がありましたら、お問い合わせください。

昭和町役場 福祉介護課 介護保険係

055(275)8784(直通)