

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

川島町長様

介護保険被保険者証の番号

役場に提出する日を記入する

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号									1	1	1	申請年月日	平成 21年 3月 3日
	ふりがな	かわじま たろう											生年月日	明・大・昭 12年 2月22日
	氏名	川島 太郎											性別	男・女
	住所	3 5 0-0 1 9 2 川島町大字平沼1175											電話	297-1811
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2												
	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日												
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 更新申請の場合に、現在の介護度と期間を記入する											年 月 日 ~ 年 月 日	
有・無	医療機関等の名称等・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

6か月以内に入院・入所しているかたは、新しい順に記入する

提出代行者	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・指定介護療養型医療施設)											印
	住所	〒 必ずフルネームで記入する											電話

主治医	ふりがな	たかだ やすお											医療機関名	川島町役場病院
	主治医の氏名	高田 康男												
	所在地	3 5 0-0 1 9 2 川島町大字平沼1170											電話	297-1800

第2号被保険者（40歳から64歳）の方のみ特定疾病名を記入し、医療保険証のコピーを添付してください。

医療保険者名	65歳未満のかたが申請する場合のみ記入が必要となります										
特定疾病名											

介護サービス計画又は介護予防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、川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。

必ず記入する

本人氏名 川島 太郎

太枠内のみご記入ください。

①ご家族は調査に立ち会えますか？（できる限りお立ち会いいただくようお願いいたします）

はい いいえ

②家族等連絡先

平日の昼間、連絡がとれる電話番号を記入する

氏名	川島 花子	本人との関係	子
連絡先（常に連絡の取れる先）	299-1811		
住所（本人と別居の場合のみ）	平沼1177		

③調査希望日、時間等  
（特にない場合はご記入  
いただかなくても結構  
です）

月・水・金の午後2時以降

希望があれば、記入する。

※ 調査日時については、担当調査員が事前にお電話し、  
ご相談した上で決定します。

なお、調査は、調査員の勤務時間内でご協力いただい  
ておりますので、ご了承ください。

④その他  
（調査時の要望事項等  
ございましたら  
ご記入ください）

これより下の欄には何も記載しないでください。

訪問調査

主治医意見書

依頼日	受領日
月 日 ( )	月 日 ( )
<input type="checkbox"/> 健康福祉課	
<input type="checkbox"/> 社協	
<input type="checkbox"/> きずな	
<input type="checkbox"/> 永楽会	
<input type="checkbox"/> その他	
備考	

依頼日	受領日
月 日 ( )	月 日 ( )
主治医名	
医療機関名	
TEL	
備考	