

※必ず裏面もご覧ください

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

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号		
	ふりがな											生年月日	年 月 日	
	氏名											性別	男・女	
	住所	□□□-□□□□										電話		
	前回の要介護認定の結果等 *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	経過的要介護	要支援状態区分	1	2			
		有効期間	年 月 日 ~					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	介護保険施設の名称等・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		介護保険施設の名称等・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
	有・無	医療機関等の名称等・所在地											期間	年 月 日 ~ 年 月 日

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	〒	電話

主 治 医	ふりがな											医療機関名	
	主治医の氏名												
	所在地	□□□-□□□□										電話	

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	
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は必要があるときは、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。

本人氏名 _____

(裏)

受付日 年 月 日

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	氏名		本人との関係	
	連絡先(常に連絡の取れる先)			
	住所(本人と別居の場合のみ)			
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)				
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

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	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

主 治 医 意 見 書

依 頼 日	受 領 日
月 日()	月 日()
主治医名	_____
医療機関名	_____

	TEL
備考	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____