

小川村介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 変更

(宛先) 小川村長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

| | | | | | | |
|------------------|---------------------------|--|-------------------|------------|--|----|
| 被 保 険 者 | 介護保険者番号 | | 個人番号 | | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | | | 保険者番号 | |
| | | 被保険者証 記号 | | 番号 | | 枝番 |
| | フリガナ | | | | 性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 | |
| | 氏名 | | | | 生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 | |
| | 住所 | | 〒 電話(被保険者本人の連絡先) | | | |
| | 現在の生活場所 (住所と違う場合に記入) | | 〒 電話 | | 区分 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 入院・入所先名称 (入院・入所の場合に記入) | | 入院・入所日 | | 令和 年 月 日 | |
| | | | 退院・退所予定日 | | 令和 年 月 日 | |
| | 前回の認定結果等 | | 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 令和 年 月 日 | | ～ 令和 年 月 日 | | |
| 変更申請の場合その理由 | | <input type="checkbox"/> 心身の状況の変化 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

窓口に来られたあなた(被保険者本人の場合は、申請者区分以外は記入不要です。)

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|
| 申 請 書 提 出 者 | 申請者区分 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他事業所 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | 氏名 | 本人との関係 | | | | |
| | 住所 | 〒 | | 連絡先(日中連絡が取れる連絡先を記入) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> () | | |
| | 提出代行者 (代行業所の場合に記入) | 〒 | | 電話 事業所番号 | | |

訪問調査等に関する問合せ先(上記の欄と同じ場合は、記入不要です。)

| | | | | | | |
|-------------|----|--------|--|--|--|--|
| 連 絡 人 | 氏名 | 本人との関係 | | | | |
| | 住所 | 〒 | | 連絡先(日中連絡が取れる連絡先を記入) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> () | | |
| | | 〒 | | 電話 | | |

訪問調査の日程調整及び調査に当たり留意すべき事項(立会人に関する事、サービス利用日等)を記入してください。

| | | | | | |
|------------------|--------|----|--|-------|--|
| 伝 達 事 項 | | | | | |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医師 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 | | 電話 | |

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入の方)は、この欄も記入してください。

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|------|
| 特定疾病の名称 | | | | | |
| 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・要支援認定に係る調査内容、 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小川村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、介護保険施設等の関係人、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。(介護サービス計画表、 介護予防支援計画表を主治医意見書を記載した医師に提示することを含む) | | | | | 本人氏名 |