

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

受付番号

七飯町長様
次のとおり申請します

新規 更新 要支援者の要介護新規申請 区分変更 転入

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0000	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	個人番号		年齢	歳	性別	男	女
	フリガナ		電話番号	自宅	携帯		
	氏名						
	住所	〒 七飯町					
	現在の要介護状態区分	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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
区分変更申請理由 (区分変更の場合のみ)							

申 請 者	家族等	提出代行者 担当者氏名:
	氏名:	<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"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他の施設 名称・所在地・電話番号等:
	住所:	事業 所印
	被保険者との関係:	
電話番号 自宅:		
電話番号 携帯:		

主 治 医	主治医名	()科	医療機関名	
	所在地	電話番号		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院中 (最終受診日 平成・令和 年 月 日) 次回受診日 令和 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 入院中

2号被保険者(40歳から64歳までの方)のみ記入してください。※医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名	医療保険者名	医療保険被保険者証	記号	
			番号	

介護認定判定結果の開示についての同意

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、介護認定審査会による判定結果を、七飯町から地域包括支援センター、主治医意見書を記載した医師に開示することに同意します。

本人署名

代筆者氏名

裏面も記入してください。

町記入欄

受付印

被保険者証	資格者証	保険料確認	制限	保護	2号	緊急
回収	紛失	調査時	有 無	有 無	有 無	有 無
申請区分		主治医意見書		調査依頼		
在宅(更新・新規)		在宅(継続・新規)				
施設(更新・新規)		施設(継続・新規)				

認定調査について

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅(住民登録地) <input type="checkbox"/> 在宅(住民登録地以外) 住所 : 電話番号 : <input type="checkbox"/> 病院に入院中 又は 施設に入所中 病院・施設名 : 電話番号 : ※入院中の場合のみ記入 (階 号室 <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 介護療養型病床)																		
現在を含む過去6ヶ月の入院・入所	<input type="checkbox"/> あり 病院・施設名 : 電話番号 : 期間(予定) : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし																		
サービスの希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> その他()																		
調査立会者	<input type="checkbox"/> 申請者・申請代行担当者 <input type="checkbox"/> その他 氏名 : 日中連絡の取れる電話番号 : 住所 : 被保険者との関係 :																		
日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 調査立会者 <input type="checkbox"/> その他 氏名 : 日中連絡の取れる電話番号 : 住所 : 被保険者との関係 :																		
調査希望日程	都合の悪い曜日や時間帯に×を付けてください(調査は平日に行いますのでご了承ください。) <table border="1" data-bbox="336 1227 1321 1368"> <thead> <tr> <th></th> <th>月曜日</th> <th>火曜日</th> <th>水曜日</th> <th>木曜日</th> <th>金曜日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>午前</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>午後</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	午前						午後					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日														
午前																			
午後																			
調査時に配慮すること																			

被保険者証及び認定結果の送付先について

送付先	① <input type="checkbox"/> 自宅(住民登録地) ② <input type="checkbox"/> 調査立会者宅(事業所・施設を除く。) ③ <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 窓口手渡し <input type="checkbox"/> ①②以外への送付) 氏名 : 被保険者との関係 : 住所 : 〒 ※③で本人又は家族以外の方が受け取りを希望する場合は、 <u>必ず事前に本人又は家族の同意を得た上</u> 、下記に理由を記入してください。記載に不備がある場合は自宅へ送付します。 本人又は家族の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 自宅等で受け取れない理由 :
-----	---