

介護保険 { 要介護・要支援  
要介護更新・要支援更新認定 } 申請書

奈良県北葛城郡広陵町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												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												生年月日		年		月		日						
	氏名												性別		男・女										
	住所		〒																						
	前回の要介護 認定結果等 (更新認定のみ)		要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2																	
			有効期間										年 月 日 ~		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 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(有・無)		介護保険施設の名称・所在地										期間		年 月 日 ~		年 月 日								
医療機関等の名称・所在地										期間		年 月 日 ~		年 月 日											

申請者氏名		本人との続柄	
申請者住所	〒		
提出代行者名称	電話番号		
	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・介護医療院)		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

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

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、又は地域支援事業を実施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広陵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。

また、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

保険者 確認欄	●資格者証発行 済・未 ●個人番号 <span style="font-size: 1.2em;">{</span> 確認書類 □無 □有→ 個人番号カード・通知カード 免・割・医保・その他 ( )	入	力	照	合
	)				

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

**認定調査について**

※認定調査の連絡先についてご記入ください。

連絡先	フリガナ		本人との関係		
	連絡者氏名				
	住所	〒 _____			
		連絡先	①	—	—
			②	—	—
訪問先住所	<input type="checkbox"/> 連絡者住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 [ _____ ]				
訪問調査日時	<input type="checkbox"/> 希望日は特にない				
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ( )				
	<input type="checkbox"/> 時間の希望あり 午前 ・ 午後 時頃				
現在利用中のサービス状況	<input type="checkbox"/> サービス利用あり → 現在利用されているサービス内容をご記入ください。 <input type="checkbox"/> サービス利用なし [ _____ ]				
認定調査に関して何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           保険者確認欄 介護保険者証回収 ( 済 ・ 未 )         </div>					

介護保険認定調査を実施するために必要があるときは、上記連絡先の情報を介護認定調査員に提示することに同意します。

連絡者氏名 \_\_\_\_\_

**書類の送付先について**

※被保険者証・結果通知等を本人の住所以外を送付先とする場合に記入してください。

送付先	<input type="checkbox"/> 上記連絡先と同じ		<input type="checkbox"/> 入所施設	
	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____		
		電話番号	—	—