

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

奈良県北葛城郡広陵町長 様  
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号 ( )		
保 険	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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	年 月 日 から	年 月 日
者	見直し新規の場合、申請の理由			
	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	

申請者氏名	本人との続柄
申請者住所	〒 電話番号
提出代行者名称	印

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 )

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画作成等、介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、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。

保険者 確認欄	●資格者証発行 済・未	本人氏名	入	照
	●個人番号 【確認書類】		力	合
	□無 □有 { 個人番号カード・通知カード 免・割・医保・その他 ( ) }			

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 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
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 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
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	-	-