

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 俣 町 長 様
次のとおり申請します。

調査同席者 (続柄)
日中の連絡先

申請年月日
令和 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				性 別								
	氏 名												大・昭 年 月 日				男 ・ 女								
	住 所		〒										電話番号												
	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 要支援状態区分 1 2																				
					有効期間 年 月 日 から 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。 (既に認定結果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																								
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		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日													
		介護保険施設等の名称等・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													
		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)									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒 電話番号																					

二号被保険者(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、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、川俣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

認定調査対象者連絡票

窓口来庁者	☐ 本人 ☐ 調査同席者 ☐ その他 氏名 連絡先
申請理由	☐ サービスの利用 ☐ 状態の変化 ☐ 病院の勧め ☐ 今後の備え ☐ その他
希望サービス	☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 施設入所 ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修 ☐ その他 ☐ 未定
主たる疾病	
世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯（ ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 高齢者親子世帯 ） ☐ 子等の家族と同居 ☐ 入院・入所 ☐ その他（ ）
聴力	☐ 問題なし ☐ 耳が遠い ☐ 筆談が必要
認知症状	☐ なし ☐ あり（主な症状 ） ☐ 不明
がん末期	☐ 対象外 ☐ 対象 （本人告知 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明）
その他留意事項	
平成２３年東日本大震災の時に住んでいた場所	☐ 川俣町山木屋地区 ☐ 川俣町山木屋地区以外 ☐ 避難指示区域の町村（ ） ☐ その他