様式第６号（第１６条関係）

■　介護保険　要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書　（申請書番号　01－1）

□新規　□期限切れの新規　□要支援からの新規　□更新　□転入

岬町長　宛　次のとおり申請します。　申請年月日　　年　　月　　日

収受印

（1）被保険者（申請者）について

被保険者番号	**氏名**　ﾌﾘｶﾞﾅ （　男　・　女　）
個人番号	
生年月日 明治　大正　昭和　　年　　月　　日	**住所**　〒 電話番号 **連絡先**　氏名　　（続柄　　）　電話番号

入院入所について（申請時）　□　入院入所なし　□　介護保険施設　□　一般病院　□　その他（　　　　）

・施設・病院名

・所在地　　　　電話番号

（・入院（入所）予定日　　年　　月　　日　・退院（退所）予定日　　年　　月　　日）

主治医（過去１ヶ月以内に受診しましたか。□　有　□　無　）

・医療機関名（病院・医院名）　　　　・担当医師名

・所在地　〒

電話番号

※65 歳未満の方のみ　→　医療保険者名　　　　記号番号

（医療保険証を提示ください）　特定疾病名

※提出代行者　名称　　　　（担当者　　　　）

所在地　〒　　　　電話番号

（代行者種別　□　地域包括支援センター　□　居宅介護支援事業所　□　介護保険施設　□その他　　　　）

※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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、一次判定結果、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岬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。（注意：同意の有効期間　本申請日から認定期間終了日まで）

本人氏名（自署）　　　　自署できない場合は代理人　氏名　　　　（続柄　　　）

（2）訪問調査について

訪問調査の日時について	□　特に指定なし　□　指定有（内容　　　　）
訪問調査実施場所	□　上記住所地　□　その他 その他の場合の実施場所 電話番号
訪問調査時の立会い	□　有　氏名　　　　本人との関係 電話番号（昼間連絡が取れる番号） □　無
調査時に伝えたいこと	
調査実施確認	私は、要介護（更新）認定・要支援（更新）認定の申請に係る心身の状況調査（認定調査）を受けました。 調査日：　　年　　月　　日（署名）　　　　（代筆者）

※認定結果及び介護保険被保険者証は「普通郵便」で送付いたします。

※障害者手帳等をお持ちの場合は、参考とさせていただきますので提示ください。

※労災補償、交通事故が原因の場合は、必ず申出ください。

収受番号

受付入力	保険証回収	資格者証	割合証（新規）	意見書送付	意見書回収	調査割当	調査予約	調査実施	滞納制限