

■ 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。

(1)被保険者(申請者)について 申請年月日 ○○年 ○○月 ○○日

收受印

介護保険被保険者番号 0000012345	氏名 フリガナ ミサキ イチロウ 岬 一郎	被保険者番号はこちらに記載してください		
個人番号 123456789012	(男)・女)	医療保険者名 ○○後期高齢者医療広域連合	医療保険者番号 12345678	記号 ○○
医療保険者番号 0123456	番号 0123456	枝番 01	生年月日 昭和 12年 1月 2日	住所 〒599-0392 岬町深日2000番地の1
電話番号 492-1234	連絡先 氏名 岬 太郎 (続柄 子) 電話番号 492-1234	入院入所について(申請時) <input checked="" type="checkbox"/> 入院入所なし <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> その他( )	施設・病院名	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) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名(病院・医院名) 岬総合病院	担当医師名 大阪 花子医師	電話番号 492-2001

※65歳未満の方のみ 特定疾病名

※提出代行者 所在地 〒 65歳以上のかたにも医療保険者番号等の記載を求めようになりました 担当者 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) 岬 一郎 自署できない場合は代理人氏名 (続柄 )

(2)認定調査について

訪問日時について	<input type="checkbox"/> 特に指定なし <input checked="" type="checkbox"/> 指定あり(内容 月曜日の午前中 )
実施場所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所地 <input type="checkbox"/> その他( 電話番号 )
立会いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 有 氏名 岬 太郎 (本人との関係 子 ) 昼間連絡が取れる電話番号 090-1234-5678 <input type="checkbox"/> 無
伝えたいこと	
認定調査実施確認	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ご提示ください。  
※労災補償、交通事故が原因の場合は、必ずお知らせください。

收受番号

受付入力	保険証回収	資格者証	割合証	意見書	意見書	調査	調査	調査	滞納
認定調査で調査員が訪問した際に署名していただきますので、申請時には記入しないでください									