

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
要介護更新認定・要支援更新認定

玖珠町長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日						
	氏名											性別	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											
	「はい」の場合、申請日										年 月 日											
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間					年	月	日	～	年	月	日
有・無	介護保険施設の名称等・所在地										期間					年	月	日	～	年	月	日
	医療機関の名称等・所在地										期間					年	月	日	～	年	月	日
有・無	医療機関の名称等・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・介護医療院）										印								
	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										

第二号被保険者（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・要支援認定にかめる調査内容、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玖珠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 \_\_\_\_\_

# 確認表

対象者氏名		担当ケアマネ氏名		TEL :
本人の居場所	在宅	入院中		入所または短期入所
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 独居</li> <li>・ 家族あり (家族構成)</li> <li>・ その他 (住所地に居ない場合、現住所を記入)</li> </ul>	病院名 :  病 名 :  入院日    年    月    日  退院日    年    月    日 (予定)		
	主治医 :  次回受診日 :    月    日			
その他	持病・調査場所、調査時の聞き取り方法 (介護者には別に聞き取ってほしい等)			
認知症	有・無	具体的な症状・問題行動について		
利用を希望するサービス等				
調査の立会	無	病院 ・ 施設 ・ ケアマネに一任		
	有	立ち会う人の氏名 : (続柄 : ) 連絡先 (注 : 必ず連絡が取れること) :		
結果の送付先	自宅	住民票のある住所		
	施設	〒 住 所 : 施設名 :		
	その他	〒 住 所 : 氏 名 : (続柄 : ) (TEL : )		