

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
- 要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

板野町長 様

次のとおり申請します。

個人番号

被保険者番号		<input type="text"/>		申請年月日		令和 年 月 日			
医療 保険	保険者名	<input type="text"/>				保険者番号		<input type="text"/>	
	被保険者 記号・番号	記号	<input type="text"/>			番号	<input type="text"/>		
フリガナ		<input type="text"/>		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)				
氏 名		<input type="text"/>		性 別	男 ・ 女				
被 保 険 者	住 所		〒 <input type="text"/>						
			電話番号 <input type="text"/>						
	前回の要 介護認定の結 果等	はじめて	要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2				
		有効期間		令和 年 月 日 から		令和 年 月 日			
		転出元自治体(市町村)名 [<input type="text"/>]		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		令和 年 月 日					
区分変更申請の理由		※区分変更の場合のみ記入							
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 (サ高住・GH等を含 む)	有	介護保険施設名		<input type="text"/>					
		入所期間		平成・令和 年 月 日 から		令和 年 月 日			
	無	医療機関名		(入院中 転院中 退院)					
		入院期間		令和 年 月 日 から		令和 年 月 日			

提出代行者 名称・住所	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(ほか)) <input type="text"/>
電話番号 <input type="text"/>	

主 治 医	主治医の氏名	<input type="text"/>		医療機関名	<input type="text"/>	
	所在地	<input type="text"/>		電話番号 <input type="text"/>		

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

特定疾病名	<input type="text"/>
-------	----------------------

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、主治医意見書、板野町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、板野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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名
(被保険者)

代筆者名

提出代行者 記入欄	※ 担当課 処理欄	※ 受付印
※申請にあたり、訪問調査員に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 被保険者証 (回収・紛失・) <input type="checkbox"/> 主治医依頼 (R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 調査員依頼 (R 年 月 日)	