

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・要支援 認定区分変更

申請書

☐ 新規
☐ 更新
☐ 区分変更
☐ 転入

勝浦町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被	介護保険 被保険者番号					個人番号				
	ふりがな					生年月日	大・昭 年 月 日			
	氏 名					性 別	男 ・ 女			
	住 所	①〒 電話番号								
保	前回の要介護 認定結果等	非該当 要支援()・要介護()		有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和					
		※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 令和 年 月 日								
	申請(変更)の理由									
	医療保険情報 ※□にチェックしてください	☐ 勝浦町国民健康保険 ☐ 徳島県後期高齢者医療保険 ☐ 未加入(生活保護受給者等) ☐ その他(保険者名: 記号・番号・枝番:)								
者	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	②介護保険施設等の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		②医療機関の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	訪問調査場所 ※□にチェックしてください	☐ ①被保険者住所 ☐ ②入院・入所中の施設等 ☐ ③申請者住所 ☐ その他調査場所(勝浦町)					家族立会い (あり・なし) ケアマネ立会い (あり・なし)			
	訪問調査希望日時 ※ご都合の良い日程に○を付けてください (月 火 水 木 金) 午前 午後	令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後		令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後		令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後				

ふりがな			被保険者との 関係	電話番号
申請者氏名 (事業所の場合は担当者名)				
(事業所用) 提出代行者 名 称	☐ 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 ☐ 介護医療院			
申請者住所	③〒 電話番号 (代行の場合、事業所の電話番号をご記入ください。)			

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

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、主治医意見書、勝浦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、勝浦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。

本人署名

(代筆者署名)

※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」、「代筆者署名」を手書きで記入してください。