

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] 申請書

道志村長様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号		0 0 0 0 0	個人番号												
医療 保険	保険者名	山梨県後期高齢者広域連合 / 道志村			保険者番号		39194220 / 190975								
	被保険者証	記号		番号		枝番									
被 保 者	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										
		有効期限 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										
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	介護保険施設等の名称等・所在地			期間		年	月	日	～	年	月	日			
	介護保険施設等の名称等・所在地			期間		年	月	日	～	年	月	日			
	医療機関等の名称等・所在地			期間		年	月	日	～	年	月	日			
	医療機関等の名称等・所在地			期間		年	月	日	～	年	月	日			
有・無				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)										
	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

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、及び主治医意見書を、道志村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 _____

裏面へ続く⇒

申請区分			更新申請の場合、有効期間	更新の場合、現在サービスを利用していますか
新規	変更	更新	月末迄	利用している ・ 利用していない

必ず記入してください。

認 定 調 査 に つ い て

この質問事項は、訪問調査を迅速・正確に行うために必要な書類ですので、記入についてご協力をお願いします。

1. 訪問調査はどちらに行けばよいですか？ 訪問先住所を記入してください。
(入院・入居されている場合は、病院名・施設名もご記入ください)

訪問先住所 (病院名・施設名)	
電話番号	

2. 訪問の日程調整はどなたにすればよろしいですか？

① 同席者	(氏名: 続柄 同居 ・ 別居)
連絡先	
①以外の方(事業者名・氏名等) 本人との関係	()
連絡先	

3. 調査日について、希望の曜日・日時がありますか？

① 特になし	
② 曜日の希望がある	月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日
③ 希望の希望がある	午前 ・ 午後 時

4. 介護保険を利用することとなったきっかけを記入してください。(身体の状態・病名など詳しく教えてください。) 必ず記入してください

5. そのた、認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることがありましたらご記入ください。

この用紙に記入されている内容については認定調査員に対し調査を依頼する際にのみ活用されます。