

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

会津美里町長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号														
	医 療 保 険	保険者名										保険者番号													
		被保険者証 記号					番号					枝番													
	フリガナ										生年月日					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 ~				
	※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										「はい」の場合、申請日 令和 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、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を同意します。

本人氏名

認定調査について

要介護認定の為に、あなたの心や身体の状態に関する74項目について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きします。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

調査時の連絡先

下記の連絡先に日程調整の連絡をいたします。

※土日祝日、平日の9時前、17時以降の調査はお受けできません。ご了承ください。

氏名	被保険者との関係 ()
電話番号	※平日9時～17時に連絡のとれる電話番号(勤務先・携帯可)をお書きください
同席の有無	有(氏名) ・ 無

新規申請の方

介護サービスが必要となった理由を簡単に記入してください。

--

あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳等が必要ですか。

- (1) 必要。(具体的にどのような人が必要ですか。 _____)
(2) 必要ない。

その他認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることや、本人の前では言いにくいことなどがありましたら、その内容をご記入ください。

* 入院・入所や介護保険被保険者証に記載された住所にないためご自宅で調査ができない場合は
枠内に本人の居所をご記入ください。

--

この用紙は、調査員(町依頼先の居宅介護支援事業者等職員)による認定調査において、ご家庭などへの訪問日程をお伺いするものです。必ず記入してください。