

介護保険 〔 要介護新規認定・要支援新規認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 〕 申請書

利根町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者 除	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・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					経過的要介護				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場合のみ記入	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（申請日 年 月 日）・いいえ																											
新規の申請理由																													
過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無	介護保険施設の名称等・所在地								期間																				
									年				月				日～												
									年				月				日												
有・無	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												

提出代行者	名称及び氏名	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2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																	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、利根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（写しの交付も含む。）に同意します。

本人氏名

裏面あり

# 申請にあたってのお願い

※認定申請を受けたあと、ご本人の状態を確認するため認定調査員が訪問いたします。認定調査の連絡調整や訪問を円滑に行うため、下記の1～2の項目へご回答いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

## 1 連絡先について

- 申請書表面記載の自宅連絡先で可  
 上記以外の連絡先へ

氏名(名称)		
電話番号	(自宅)	(携帯電話他)

\* 連絡する曜日や時間帯の希望

時間帯	<input type="checkbox"/> 午前9時～10時 <input type="checkbox"/> 午前10時～11時 <input type="checkbox"/> 午前11時～正午 <input type="checkbox"/> 正午～午後1時 <input type="checkbox"/> 午後1時～2時 <input type="checkbox"/> 午後2時～3時 <input type="checkbox"/> 午後3時～4時 <input type="checkbox"/> 特になし
曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 特になし

## 2 認定調査にあたって

\* 調査の実施場所について

- 申請書表面記載の本人住所地で可  
 上記以外の住所地へ

氏名(名称)		
住所	〒 —	

\* 調査を実施する曜日や時間帯の希望

時間帯	<input type="checkbox"/> 午前9時～10時 <input type="checkbox"/> 午前10時～11時 <input type="checkbox"/> 午前11時～正午 <input type="checkbox"/> 正午～午後1時 <input type="checkbox"/> 午後1時～2時 <input type="checkbox"/> 午後2時～3時 <input type="checkbox"/> 特になし
曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 特になし

\* 調査時に家族や介護者等の立会いを希望しますか？ 希望する 希望しない

\* その他調査にあたっての留意点はありますか？

--

ご協力ありがとうございました。