

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

様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 記号・番号	記号											番号										
	フリガナ												生年月日		年 月 日									
	氏名												性別											
	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		有効期限 令和 年 月 日 から 令和 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 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
	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														
有 ・ 無		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	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・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、主治医意見書、南部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、南部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

申請者連絡票（南部町）

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成を円滑に実施するために、峡南広域行政組合に提出されます。申請書と重複してご記入いただく部分もありますが、ご了承をお願いします。

被保険者番号

フリガナ

被保険者氏名

生年月日

大・昭

年

月

日

申請区分	新規	更新	変更	申請年月日	令和	年	月	日
認定調査を行う場所	住所 ☐ 自宅 ☐ 家族・親族宅 電話番号							
	☐ 病院 ☐ 施設 名称 電話番号 所在地 入院(所)日 年 月 日 退院(所)予定 月 日 頃							
主治医 (意見書作成医)	医療機関名							
	医師氏名: (科)							
	所在地:							
サービスの種類と利用日	最終診察日・受診予定日についても必ず記入してください。							
	最終診察日: 令和 年 月 日 受診予定日: 令和 年 月 日							
	☐ ショートステイ ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日 ☐ デイサービス 日・月・火・水・木・金・土 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 日・月・火・水・木・金・土							
調査時の立会い及び連絡先	☐ 立会う ➡ 立会いに都合の悪い日・時間							
	☐ 立会えない ➡ ☐ 連絡必要(介護状況等について伝えたい為) ☐ 連絡不要 ※介護状況等の聞き取りで、介護度等をお知らせするものではありません。							
	フリガナ							
	氏名 続柄・関係							
	電話・携帯番号 平日の通話可能な曜日や時間帯							
申請に至った理由	介護認定調査員の通話可能時間 平日 8:30~17:15							
	調査可能時間 平日 8:30~17:15 最終調査開始 16:00~							
現在の心身・介護の状況、主な病名、居住環境、日常生活での困り事、前回の調査から変化があった事等を記入してください。								

有効期間: 月末 同伴: する (同伴者: 電話)・しない

町記入欄 同伴可能日:

申請者連絡票は、南部町及び峡南広域行政組合個人情報保護条例により管理され、介護保険事務以外の用途に用いることは一切ありません。

R6.12.1

新規の場合(職員チェック欄)

㊞ 申請とサービス利用の注意点を説明し居宅介護支援専門員名簿を渡しました