

介護保険 要介護 要支援（新規・更新・変更）申請書

三郷町長 殿
次の通り申請します。

	申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名 <small>（窓口に来られた方）</small>	本人との関係	
提出代行 （事業）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）	
申請者住所	電話番号 - -	

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0									
	フリガナ										
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
		性別	男 ・ 女								
	住所	〒636 - 奈良県生駒郡三郷町									
		電話番号 0745 - -									
	前回の要介護認定の結果等 <small>*更新・変更申請の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2	
変更の理由 <small>*変更申請の場合記入</small>	有効期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日										
過去6ヶ月間の介護 保険施設・医療機関 等入院の有無	介護保険施設・医療機関 等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日		
有 ・ 無	介護保険施設・医療機関 等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	最終受診日 年 月 日

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の作成や特定高齢者サービス提供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、三郷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に同意します。

本人氏名

印

別紙のとおり処理してよろしいか。

入 力	回	収	資格者証	訪問調査	意 見 書

課 長	補 佐	主 任	担 当 者

介護保険にかかる訪問調査について

この度、申請書を提出していただき、訪問調査を実施するに際しまして、調査が円滑に進みますように、事前に下記の事項について記入してください。本書の内容については、担当調査員に連絡する用途にのみ使用いたします。ご協力をお願いいたします。

本人氏名

1 訪問日時調整について（どなたに連絡・相談すればよろしいですか？）

連絡先 氏名（ ）
電話番号（ ）
（ ）
本人から見た続柄・ご関係（ ）
連絡を希望する時間帯
（いつでも良い・ ）

2 現時点で訪問を希望される日時があればご記入ください。（できるかぎり、ご都合があわない日をご記入くださいますようお願いいたします。例：月曜日は都合があわない場合 月曜日以外）

特になし
あり（ ）

3 調査実施時にどなたか同席される方がありますか？

なし（本人のみ）
あり 同席希望者の氏名（ ）
本人から見た続柄・ご関係（ ）

4 訪問先が住民票での住所と異なる場合（病院等）は、訪問先を詳細に記入してください。

5 かかりつけの医師から伝えられている病名等、現在の身体症状について記入してください。

6 その他調査員に事前に伝えておきたい内容があれば記入して下さい。