

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

波佐見町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		0 0 0 0 0					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		大・昭		年		月		日							
	氏名							性別		男		・		女									
	住所		〒859-37		波佐見町		郷		番地		電話番号												
	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定場合のみ記入</small>		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
			有効期間					年		月		日		から		年		月		日			
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 、 入 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	
	介護保険施設の名称等・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	

申請者氏名		被保険者との続柄	
申請者住所	〒		
	電話番号		
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）		

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

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波佐見町から地域包括支援センター、東彼杵郡在宅医療・介護連携支援センター、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

代筆者氏名

（裏面へ続く）

訪問調査の前に

1. 認定を受ける方の家族構成を教えてください。

一人暮らし 家族と同居 入所(入院)中【 病棟 号室】

2. 訪問調査に立ち会っていただける方をご記入ください。

フリガナ

氏 名 _____ (続柄 _____)

連絡先 電話 _____ (自宅・自宅外 _____)

携帯 _____

連絡が取りやすい時間帯 午前・午後 時 分ごろ

3. デイサービスやデイケアのため、訪問調査に都合の悪い曜日等がありますか？
(該当するものに○)

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

4

デイサービスやデイケアを利用している曜日に○をして時間帯を記入してください。

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日

5. そのほか調査に当たって注意することはありますか？

※前回の調査以降、入院や体調の変化、気になることを記入してください。