

介護保険（要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援認定）申請書

当別町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人 番号	個人番号は記載不要です	
医療 保険	保険者名	国民健康保険、後期高齢者医療の方は記載不要です（※2号の方は必ず記載）		
	被保険者証	記載		
フリガナ	トウバツ イチロウ		生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
氏名	当別一郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	〒061-0234 当別町西町32番地2		電話番号	0133-23-3029
被 保 険 者	要介護・要支 援更新認定の 場合のみ記入	要介護状態区分	<input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
		有効期間	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日	
	※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 [ ]	転入継続申請の方のみ記載 現在、（ ）内を選択してください 「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	介護老人保健施設 北欧の風		期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日
	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	白樺病院		期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日
	<input checked="" type="radio"/> 有・無	「有」を選択した場合、入所・入院先の施設・病院名と期間を記載 日～年 月 日		

提 出 代 行 者	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 親族（本人との関係） <input checked="" type="checkbox"/> 提出代行者（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） <input type="checkbox"/> その他（具体的に：）
	名称 (氏名)	介護老人保健施設 北欧の風 相談員 岩出山とべのすけ
	住所	〒061-3773 当別町白樺町58番地9 電話番号 0133-27-5260

主 治 医	主治医の氏名	役場 花子	医療機関名	白樺病院
	所在地	〒061-0292 当別町白樺町58番地9 電話番号 0133-23-2330		

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	脳血管疾患
-------------------------------	-------	-------

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、当別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。  
（※更新申請の場合のみ）私は、現在の認定有効期間内に更新認定が行えるときは、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 当別一郎

申請補足情報

<p>① 申請理由</p> <p>※更新申請の場合は記載不要</p> <p>病名 時期 原因 希望する介護サービスなど</p>	<p>申請理由について記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請の原因となった病名や出来事、その時期</li> <li>・申請することで利用したい介護サービスなど</li> </ul> <p>※更新申請の方は記載不要です</p>
<p>② 訪問調査の事前連絡先</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人宅</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> それ以外</p> <p>・氏名 岩出山とベのすけ</p> <p>・本人との関係 相談員</p> <p>・住所 〒 061-3773</p> <p>当別町白樺町58番地9</p> <p>介護老人保健施設 北欧の風</p> <p>・電話 0133 ( 27 ) 5260</p>
<p>③ 訪問調査時の同席の有無</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 同席を希望する</p> <p>・氏名 岩出山とベのすけ</p> <p>・本人との関係 相談員</p> <p><input type="checkbox"/> 同席しない</p>
<p>④ 訪問調査の希望日</p>	<p><input type="checkbox"/> 特にない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ある ⇒ 月・火・<b>水</b>・<b>木</b>・<b>金</b></p> <p>その日を希望する理由</p> <p>月・火曜日は、リハビリのため都合がつかない。など</p>
<p>⑤ 認定結果の送付先</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人宅</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> それ以外</p> <p>・氏名 岩出山とベのすけ</p> <p>・本人との関係 相談員</p> <p>・住所 〒 061-3773</p> <p>当別町白樺町58番地9</p> <p>介護老人保健施設 北欧の風</p> <p>・電話 0133 ( 27 ) 5260</p>
<p>⑥ 備考</p> <p>訪問調査時の配慮事項など</p>	<p>訪問調査時に配慮する事項があれば記載</p>