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

○上勝町長　殿

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号		※個人番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	大・昭・平　年　月　日
			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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2		
		有効期限　令和　　年　　月　　日から令和　　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	

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］ 印
	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

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、上勝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

新規申請用

訪問調査にあたり、事前にお尋ねしたいことがありますので、記載してください。

１　申請された理由は何ですか。
（例：「足に力が入らずトイレに一人で行くことができず困っている。」など具体に。）

２　現在ご本人はどちらにおられますか。

☐ 自宅（現住所）
☐ 自宅以外
　ア　入院中（病院名「　　」（　　）号室）
　　入院した日　　月　　日　　手術した日　　月　　日
　イ　その他（　　）

３　調査の立ち会いを希望されますか。（なるべく立ち会いをお願いします。）

☐ 希望する　　立会者氏名（　　）　　本人との続柄（　　）
☐ 希望しない　　理 由 （　　）

４　連絡先はどこですか。（調査員から連絡をさせて頂きますので必ずご記入ください。）

☐ 自宅　　連絡のとれる曜日・時間帯　　平日の８：３０～１７：１５
　　（　　）曜日（　　）時頃
　　電 話 番 号　（　　）　　－

☐ 自宅以外
　※連絡先　　氏　　名　（　　）
　　電 話 番 号　（　　）　　－
　　携帯電話番号　（　　－　　－　　）
　　連絡のとれる曜日・時間帯　　平日の８：３０～１７：１５
　　（　　）曜日（　　）時頃

上勝町