

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

女川町長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係
申請者住所	〒 ー 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・指定介護療養型施設) 印	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 ー 電話番号			
	前回要介護 認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分 1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
		有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
過去6ヶ月間 の介護保険施設・医療機関 等の入院、入所 有無	介護保険施設・医療機関等の名称、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、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	〒 ー 電話番号		

※次に病院を受診する日を記入してください。 月 日（頃）

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、女川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

○相談者 氏名( ) 続柄( )  
 (申請者と異なる場合のみ記入) 連絡先( )

○申請の経緯 { 病院・ケアマネージャー } から勧められた  
 { 地域包括支援センター・家族 }  
 { その他( ) }

○入院(所)中 階 号室( 病棟)

○サービス利用意向

訪問サービス  
 .....  
 通所サービス  
 .....  
 施設サービス ショートステイ  
 .....  
 福祉用具  
 .....  
 その他 タクシー券・おむつ券  
 .....

○相談主訴(申請にいたる経過・病名など)を記入してください。

認定を受ける方の 所在	住所	
	入院(所)中: 階 号室 病棟	
	主な介護者 氏名: 続柄:	
訪問調査 立会い希望の有無	有   無	氏名: 続柄: 電話番号:(自宅) (携帯電話) 連絡のとれやすい時間帯: 同居・別居(どちらかに○をつけて下さい)

2号保険者(40歳~64才まで)の方は申請時に医療保険証が必要です。