介護保険 □ 要介護・要支援**新規**認定 □ 要介護・要支援**更新**認定 申請書

平群町長　様

次のとおり申請します。　　　　申請年月日　　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険 保険者名		保険者番号	
	医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番
	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒636- 生駒郡平群町 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　　年　月　日～　　年　月　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［　　　　　］ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。□はい　・□いいえ （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択） 「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 □有・□無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　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	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	

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、介護医療院）
	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

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、主治医意見書、平群町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、平群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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

【認定調査対象者状況票】

★　介護保険サービスを利用される**予定がない場合**は、**更新をしていただく必要はありません**。サービスご利用の際に、再度申請してください。
必要時は申請日から暫定的に利用することが可能です。
★　認定調査は**居宅介護支援事業所のケアマネジャー等に委託**することがあります。

1　訪問の日程調整はどなたとすればよろしいですか。また当日に同席を希望されますか。

該当箇所にチェックをし、必要事項を記入してください。

本人氏名（　　）
☐ 本人　☐ 家族（氏名：　　）　本人との関係（　　）
昼間連絡先（ＴＥＬ　　）（☐ 同居 ・ ☐ 別居）

☐上記以外の方（事業者名、氏名等：　　）　本人との関係（　　）
昼間連絡先（ＴＥＬ　　）

同席の希望（☐ する　☐ しない ）

2　訪問先はどこへ伺えばよいですか。

1☐ 自　宅
2☐ 施　設　（　　）
3☐ 病　院　（　　）
※　病棟等がわかればご記入ください。

3　訪問日について、都合の悪い曜日、時間帯がありますか。

☐ いいえ　☐ はい　（都合の悪い曜日・時間帯に×）

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

4　その他、心身の状況に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。

（例：外出して戻れない、昼夜が逆である等）