

有田町長様

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								
		被保険者 記号・番号	記号					番号				枝番				
	フリガナ							生年月日	年 月 日							
	氏名							性別	男・女							
	住所		〒 電話番号 — —													
	前回の要介護 認定の結果等		状態区分 要介護 1・2・3・4・5 / 要支援 1・2													
	変更申請の 理由		有効期限 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 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地						期間	年 月 日～年 月 日						
	有・無		介護保険施設等の名称等・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							
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・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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、有田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。

合議	課長	税務課担当	
税務課			
供覧	課長	健康福祉課担当	起案者
健康福祉課			

本人氏名

代筆者 (被保険者から見た続柄:)

裏面もご記入ください

太枠内は必ず記入してください。

【認定結果の送付先】 チェックがない場合は、自宅（住民票住所地）へ郵送します。	
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅（住民票住所地） <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー（ <input type="checkbox"/> 入所（居）中の施設 <input type="checkbox"/> その他（下記に記載） 住 所：〒
	宛 名： (被保険者との続柄：)
【訪問調査について】	
立会者	(被保険者との続柄：)
日程調整の連絡先	— —
連絡可能時間	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他（ 平日の8：30から17：15までの間に連絡します。)
調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中の医療機関 <input type="checkbox"/> 入所中の介護保険施設等・ショートステイ利用先 <input type="checkbox"/> その他（住所を記載） 住 所：〒
	宛 名：
調査時の配慮事項	<input type="checkbox"/> 難聴で筆談を要する <input type="checkbox"/> 別室で聞き取りが必要 <input type="checkbox"/> 病名を告知されていない <input type="checkbox"/> その他（下記に記載）
【サービス等利用状況】	
認定調査が 不可能な日	(例) 月曜日～金曜日デイサービス、火曜日AMヘルパー、木曜日PM透析 ○月○日～○月○日ショートステイ など
【その他】	
【有田町処理欄】	
介護保険被保険者証（有・無）	

裏面もご記入ください