

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

杉戸町処理欄

杉戸町長 へ
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0	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		明・大・昭 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	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
	* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期限 平成・令和 年 月 日 から 令和 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。 （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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日		

申請者	氏名	住所	〒
提出代行者	名称	住所	〒
	被保険者との関係 1.本人 2.家族（ ）	日中連絡が取れる電話番号	
	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）	担当	
		電話番号	

主治医	医療機関名	主治医の氏名
	所在地	〒
	最終受診日	R 年 月 日 （次回受診日：R 年 月 日）

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、主治医意見書、杉戸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、杉戸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

※杉戸町処理欄

被保険者番号

0	0	0							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

意見書 依頼区分	在宅	施設	問診票送り先
	新規	継続	
意見書 依頼日	/		
申請書 入力日	/		
意見書 再依頼	/		

保険証回収	済・調査時・紛失	資格者証	済・調査時
調査日	月 日 () :		調査員:
再調査日	月 日 () :		調査員
調査立会い	<input type="checkbox"/> 家族 無・有 () 当日の連絡先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CM 無・有 (CM) <input type="checkbox"/> HSP (病棟:)		
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 * 調査員の駐車場所 敷地内・自宅前・その他 () <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> その他 ()		
調査日 日程調整 連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代行申請者 <input type="checkbox"/> その他 (日中連絡が取れる電話番号) <input type="checkbox"/> TEL 不要		
希望または 利用中の サービス	サービス種別・曜日等		