

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 あて 次のとおり申請します。														申請年月日		令和	年	月	日				
被 保 険 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・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				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 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																		
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		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																							

申 請 者	氏 名	被保険者との関係 1.本人 2.家族（ 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	〒
	日中連絡が取れる電話番号												
提 出 代 行 者	名 称	担当											
	住 所	〒										電話番号	

主 治 医	医療機関名												主治医の氏名			
	所 在 地		〒										電話番号			
	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	家族 無・有 () 当日の連絡先: ☐ 自宅 ☐ その他 () CM 無・有 (CM) HSP (病棟:)		
調査場所	☐ 自宅 * 調査員の駐車場所 敷地内・自宅前・その他 () 自宅以外 ☐ 入院先 ☐ 入所先 ☐ その他 ()		
調査日 日程調整 連絡先	☐ 本人 ☐ 申請者 ☐ 代行申請者 ☐ その他 (日中連絡が取れる電話番号) ☐ 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		