

(宛先)

伊奈町長

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			
		被保険者証		記号	番号		枝番	
	フリガナ				生年月日		年 月 日	
	氏 名				性 別			
	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		
			有効期限			年 月 日 から 年 月 日		
	変更申請の理由							
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等入院、 入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日		
		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		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、及び主治医意見書を伊奈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

認定調査にあたって

■ ご記入いただいた方のお名前を記入してください。

氏名		続柄	
住所		電話番号	

■ 調査場所について(調査を希望する場所に○をつけてください)

希望調査場所	調査を希望する場所を記入してください 自宅・施設・その他()		
	↓		
施設名		電話番号	

■ 調査の立会いについて(立会いを希望する場合は、立会い者の名前等も記入してください。)

立会希望	有・無		
フリガナ 氏名		本人との 関係	
電話番号		日中、連絡のとりやすい時間帯や曜日がありましたらご記入ください。	
昼間の連絡先 (携帯電話・仕事先)			

※ なお、立ち合いを希望しない場合でも、状況に応じ立ち合いをお願いする場合がありますのでご了承下さい。

■ ディサービス等で調査を受けられない曜日がある場合はXをつけてください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

・ 認定調査は平日の午前9時から午後4時までの間で行います。調査日時は申請後、担当者より電話連絡がありますので、調整してください。

・ 認定調査について、町が委託した居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)等が行う場合もあります。

注: 認定調査は、ご本人とご本人の状態がわかるご家族等から、調査員が訪問してお聞きする必要があります。なお、施設で調査する場合は、施設の職員に話を聞けますので、ご家族の立会は必須ではありません。

役場記入欄

在宅	施設	その他	2号	被保証受理	申請入力