

裏面あり

奥多摩町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0	個人番号												
	医療 保険	保険者名	保険者番号																
		被保険者名	記号					番号			枝番								
	フリガナ											生年月日	大正 昭和	年 月 日					
	氏名											性別	男 ・ 女						
	住所	〒 奥多摩町										電話番号							
	前回の要介護 認定の結果等	要支援・要介護状態区分： 要支援 1・2 ： 要介護 1・2・3・4・5																	
	※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入	有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日																	
	変更申請の理由 ※必須																		
	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									
医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日									
有 ・ 無											期間 年 月 日～ 年 月 日								

申請者氏名											本人との続柄						
申請者住所	〒										電話番号						
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)																
印																	

主治医	主治医の氏名											医療機関名			
	所在地	〒										電話番号			

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号						
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、奥多摩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。

また、医療と介護の連携を目的とし、介護認定結果を介護保険主治医意見書に記載した医師に情報提供することに同意します。

職員が個人番号の確認をすることに同意します。

被保険者本人氏名

本人名

代筆

代筆者氏名



● 下記 ① ~ ③ 番の記入をお願いします ●

①

後日、本人のお身体の様子を確認するため調査員が訪問します。
その時、どなたか同席しますか？

同席します→(下記の記入をお願いします) 同席しません

同席する人

※ 本人のいつもの様子を知っている方をお願いします。

フリガナ
氏名

本人との関係 ()

電話番号

※ 昼間、連絡が取れる電話番号をお願いします。後日、調査員から電話があります。

訪問希望日

※ 訪問してほしい日があれば記入してください。

②

介護度の判定が終わると、結果のお知らせと介護保険証が発行されます。
どちらに送ればいいですか？

本人あてに送る 希望する送り先あり→(下記に記入をお願いします)

あて名

氏名

本人との関係 ()

住所

〒 ー

電話番号

③

今回、判定された介護度には有効期限があります。有効期限が近づきましたら、
お知らせを送ります。どちらに送ればいいですか？

本人あてに送る 上記 ② で記入した送り先と同じところ

【メモ】

お問い合わせ

書類の書き方がわからない場合は、いつでもお問い合わせください。

奥多摩町 福祉保健課 地域支援係

☎ 0428-83-2777 (介護認定担当)

