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

楢葉町長 様

次の	とおり申	0										E	自請/	年月	日			年		月			日		
		保険											個	Д	番	号									
		食者番号											II												
	医 保 原	険 者 名										保	険	者	番	号									
		保 険 者 子・番号	記	号	<u>1.</u>							番	号							枝	: 番	¥			
	フリ	ガナ											生:	任	月	н		年		月			日		
	rr	H												'	71			ı		71			Н		
被	氏	名												性	別				男	•	女	ζ			
	住		電話番号																						
保		* *	更介護	美•	Ę								F	包的省	11分										
			と 接更																						
	前回の要介護		定の場合の み記入				有効期限から																		
険			\•/a	転出元自治体(市町村)名 [
	認定の	認定の結果等		※14日以内に																					
I		他自治体がら転入した(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)																							
							(既に	認定約				け取		ハる場	易合は	([[]])	え」を								
者			È		した	-	(既に	認定約					ってい					選択		くだ			いけ	È	
者	過去6	 月間の	· 注	転入者のみ	くした ×記ノ	-	(既に 名称等		結果	通知			ってい)場合	<u>ì、申</u> 期間	請日	選択	は	(V)	•	い			
者	過去6 / 介護保	月間の 険施設、	介護	を 転入 から	はたいた。	<u>-</u> 等の	名称等	・所	結果	通知地			ってい)場合	<u>)、申</u> 期間 年	請日	選択	は			い		え 日	
者	介護保 医療機	険施設、 関等への	介護	を 転入 から	はたいた。	<u>-</u> 等の		・所	結果	通知地			ってい)場合)、 申期間 年期間	請日	選択	は 日	~	• 年	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	月	日	
者	介護保 医療機 入院、	険施設、 関等への	介護	を転入ります。	、した 注記力 施設 施設	- 等の:	名称等 名称等	等・所	結果 「在」 「在」	通知地			ってい)場合	# 期間 年 期間 年	請日	選択	は	(V)	•	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\			
者	介護保 医療機	険施設、 関等への	介護	を転入ります。	、した 注記力 施設 施設	- 等の:	名称等	等・所	結果 「在」 「在」	通知地			ってい)場合)、 申期間 年期間	請日月月	選択	は 日	~	• 年	\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	月	日	
者	介護保 医療機 入院、 有無	険施設、 関等への 入所の	介護	を転入がます。	たれた。	デ 等の 等 名称	名称等 名称等	・ 所	活果 「在」 上	通知地			ってい)場合	は 期間年 期間年 間	請日月月	選択	は 日 日	~ ~	年	\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	月月月	日日	
者	介護保 医療機 入院、 有無	険施設、 関等への 入所の	介護	を転入がます。	たれた。	デ 等の 等 名称	名称等 名称等 等・所	・ 所	活果 「在」 上	通知地			ってい)場合	市 期 間 年 期 間 年	請日月月月	選択	は 日 日	~ ~	年		月月月	日日	
掲	介護保 医療機 入院、 有無	険施設、 関等への 入所の	介護 介護 医療	を転ります。	たした 注記 が 施設 等の 等の の	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[orti itali	<u>い」の</u>)場合	に 期 期 期 間 年 間 年 間 年 間 年 間 年 同 年 日 日 年 日 日 年 日 日 年 日 日 日 日 日 日 日 日	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 日	
掲	介護保 医療機 入院、 有無	険施設、 関等への 入所の ・ 無	介護 介護 医療	を転ります。	たした 注記 が 施設 等の 等の の	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[orti itali	<u>い」の</u>)場合	に 期 期 期 間 年 間 年 間 年 間 年 間 年 同 年 日 日 年 日 日 年 日 日 年 日 日 日 日 日 日 日 日	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 日	
掲	介護保(医療機) 有 有 名 称	険施設、 関等への 入所の ・ 無	介護 介護 医療	を転ります。	たした 注記 が 施設 等の 等の の	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[orti itali	<u>い」の</u>)場合	に 期 期 期 間 年 間 年 間 年 間 年 間 年 同 年 日 日 年 日 日 年 日 日 年 日 日 日 日 日 日 日 日	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 日	
	介護保局医療機長人院、力有無有	険施設、 関等への 入所の ・ 無 該当に○ (b	介護 介護 医療	を転ります。	たした 注記 が 施設 等の 等の の	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[orti itali	NJの Mage	介護	1、期期期期 期間年間年 10人保健	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 日	
掲	介護保(医療機) 有 有 名 称	険施設、 関等への 入所の ・ 無 該当に○ (b	介護 介護 医療	を転ります。	たした 注記 が 施設 等の 等の の	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[orti itali	NJの Mage)場合	1、期期期期 期間年間年 10人保健	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 日	
提出代行者	介護療院無 有 名 住	険施設、 関等への 入所の ・ 無 該当に○ (b	介語	が転みる 降保 機関 関	した x 記 加	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[ってい はい 福祉	N] の 施設・ 電記	介護	に 期 期 期 期 単 を 子	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 日	
提出代行者	介護保(医療機) 有 有 名 称	険施設、 関等への 入所の ・ 無 該当に○ (t	介書と「大名」	がある。 「「「「「「「」」」」 「「」」 「「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「」」 「 「	した x 記 加	三 (等の) (名称) (名称)	名称等 名称等 等・ ア	F・所 下在地 下在地	后果 「在」 上	地地地	で受	[ってい はい 福祉	N] の 施設・ 電記	介護	に 期 期 期 期 単 を 子	請用戶戶戶	選択	日日日日	~ ~ ~ ~	年年年		月月月月	日 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、及び主治医意見書を、楢葉町から地域包 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。

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定の為に、あなたの心や身体の状況に関する74項目について、調査員があなた のご家庭などにお伺いしてお聞きします。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせて頂きます。

調査時の連絡先

下記の連絡先に日程調整の連絡をいたします。

※	土日祝日、平	石の9時前、	17時以降の調査は	お受けできません。ご了承	くください。		
	氏 名	,		被保険者	との関係()
	電話番号		~17時に連絡のとれる	る電話番号(勤務先・携帯可)	をお書きください		
	同席の有無	有	(氏名) •	無	
現	在利用中の介	で護サービス、	今後の希望介護さ	ナービス、希望理由を簡単	に記入してくだる	さい。	
そ	の他認定調査	をに関して、 イ	可か伝えておきたレ	いと思われることや、本人の	の前では言いにく	くい	
7	となどがあり	ましたら、そ	その内容をご記入く	ください。			
*	入院・入所や	介護保険被保障	倹者証に記載された 値	主所にいないためご自宅で調	査ができない場合		
	は枠内に本人	の居所をご記	入ください。※現在の	の避難中の場合も避難先居所	をご記入ください	0	

この用紙は、調査員(町依頼先の居宅介護支援事業者等職員)による認定調査において、 ご家庭などへの訪問日程をお伺いするためのものです。必ず記入してください。