様式第３号（第４条関係）

介護保険　要介護認定・要支援認定　申請書

【 □ 新規（　　） □ 更新　□ 区分変更　□ 転入 】

矢　巾　町　長　　様

次のとおり申請します。

審査番号

被保険者	介護保険被保険者番号		申請年月日	年　月　日	
	個人番号				
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ		生年月日	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**　1　・　2　・　3・　4　・　5　**要支援**　1　・　2　**総合事業対象者**			
		有効期間　年　月　日　から　年　月　日			
		※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入	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。 いいえ　・　はい　（申請日　年　月　日）		
	変更申請の理由				
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入所、入院の有無	介護保険施設・医療機関等の名称	期間　年　月　日～　年　月　日		
		介護保険施設・医療機関等の名称	期間　年　月　日～　年　月　日		
	有　・　無	介護保険施設・医療機関等の名称	期間　年　月　日～　年　月　日		

提出代行者	名称	
	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、下記より該当する特定疾病名を選択してください。

特定疾病名	□がん　□関節リウマチ　□筋萎縮性側索硬化症　□後縦靭帯骨化症 □骨折を伴う骨粗しょう症　□初老期における認知症　□パーキンソン病関連疾患　□脊髄小脳変性症 □脊柱管狭窄症　□早老症　□多系統萎縮症 □糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症　□脳血管疾患　□閉塞性動脈硬化症 □慢性閉塞性肺疾患　□両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要がある時は、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矢巾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、有効期間内に要介護・要支援認定を行うことができる場合は、申請日から30日を越える場合であっても認定等延期通知書を省略することに同意します。

本人氏名　　代筆者氏名　　（続柄　　）

※訪問調査時の連絡先　（代筆者と同じ場合は氏名不要）

家族（立会人）氏　名　　（続柄　　）

電話番号

調査場所	□自宅【　□駐車場なし　】　□入所施設 □入院中の医療機関 **【病棟　　入院期間**　　月　　日まで・　　カ月・　未定　】 □その他（　　【　□駐車場なし　】）

調査希望日時 （原則、平日の日中）		月	火	水	木	金
	午前					
	午後					
備考						

現在利用しているサービス ※【 】内に利用している曜日等を記入してください ・ 利用を希望するサービス	□訪問介護【　　】　□通所介護【　　】　□訪問入浴【　　】 □訪問リハ【　　】　□通所リハ【　　】 □訪問看護【　　】　□居宅療養管理指導 □短期入所【　　月　　日～　　月　　日】　□施設入所 □福祉用具貸与・購入（　　）□住宅改修（　　） □その他（　　） □未定（理由　　）

世帯状況	□独居　　□夫婦のみ □その他同居（同居の世帯構成　　）

申請事由 ・ 連絡事項	**認知症について** 【　□あり　□未受診（疑い）　□なし（年相応）　】 □至急 □サービス暫定利用（　　） □　医師の勧め

※相談受付担当者記入欄（新規申請の場合のみ）

相談受付担当者	