

(表)

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

湯沢町長 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	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 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					有効期間 年 月 日 から 年 月 日													
			※14 日以内に 他自治体から 転入した者の 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」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 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															
	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	該当に〇(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															

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

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、湯沢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所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、湯沢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、介護予防支援事業所者、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

○ご本人が病院・施設又は親戚宅などに居られる場合は、その連絡先等をご記入ください。

・病院・施設・親戚等の名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
(病棟名、担当看護師) \_\_\_\_\_

(退院の予定などがすでに決まっている場合は、退院予定日をご記入ください。)

・退院予定日 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

○近日中に認定調査員がお伺いいたしますが、調査の立会を希望されますか？

(適切な調査を行うため、調査時以外の普段の様子をご家族から伺いたと思います。ご協力ください。)

どちらかに○を付けてください。 ・希望する ・希望しない  
立会をされる方のお名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

○認定調査の希望日時がありましたら、ご記入ください。

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_頃

~~~~~

● 2号被保険者（40歳～64歳）の方へ

2号被保険者として申請ができるのは、次の2つを満たす方です。

□特定疾病が加齢によるものであること（事故等が原因の場合は対象となりません。）

□労災等の手続きを行っていないこと（労災の介護補償給付が下りる場合は、そちらが優先されます。

介護補償給付の上限を超えてサービスを利用する場合は、介護保険から給付が出る場合がございますので、ご相談ください。)

上記をお読みになり、同意いただける場合は、以下にご署名ください。

●上記の2つを満たし、2号被保険者として要介護・要支援認定の申請ができることを確認しました。  
●上記のことについて、認定に際し必要がある場合は、湯沢町及び南魚沼地域介護認定事務局が、主治医および医療機関等に対し確認を求めることに同意します。  
  
本人氏名 \_\_\_\_\_

~~~~~

申請者氏名		本人との続柄	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____		

◎主治医意見書を作成するために必要があるときは、前回の主治医意見書を保険者から主治医意見書を記載する医師に提供することに同意します。

◎更新申請者に対する処分延期通知（申請から認定等処分までの期間が30日を超える場合に、延期理由・処分見込期間を通知するもの）について、前回認定の有効期間内に認定結果を出せることが見込まれる場合には、これを省略することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_