

大口町長 様

No.

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 変更		申請日		年 月 日					
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					
被 保 険 者	フリガナ					生年月日		年 月 日							
	氏 名					性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
	住 所	〒				電話番号									
現在の要介護 状態区分等		<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3		<input type="checkbox"/> 要介護4		<input type="checkbox"/> 要介護5	
		有効期間		年 月 日 から				年 月 日							
申 請 理 由 (更新申請時 は記入不要)		<input type="checkbox"/> 身体の衰えにより介護が必要 <input type="checkbox"/> 要介護状態の変化 (状況：) <input type="checkbox"/> その他 ()													
過去6月間の 介護保険施設・医療機関 等の入院入所	<input type="checkbox"/> 有	名称				期間	始期	年 月 日							
		所在地					終期	年 月 日							
	<input type="checkbox"/> 無	名称				期間	始期	年 月 日							
		所在地					終期	年 月 日							

提 出 者	提出者種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()									
	名称又は氏名					続柄					
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者 と同じ		<input type="checkbox"/> 被保険者 と異なる							

主治医	医療機関名			受診科			主治医名		
	所 在 地								

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は、特定疾病名をご記入ください。また、医療保険被保険者証をご提示ください。

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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は必要があるときは、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大口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、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 _____ 代筆 _____

立会い者名			続柄			電話番号		
備 考								

※ [町記載欄] 記入不可

受 付 印	受付日	年 月 日		被保険者証	回収 未回収 紛失	
	区分確認	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () 駐車場 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	

要支援・要介護認定〔新規・更新・変更〕結果の送付先等について

要支援・要介護認定結果の送付先等につきまして、現段階で構いませんので、認定結果の受け取り方法をご記入ください。

認定調査時に、調査員から改めて説明させていただきますので、不明な点をご確認いただき、状況に応じて変更してください。

【認定結果送付先】

<input type="checkbox"/> 郵送 →→ 長寿ふくし課から簡易書留にて郵送します
<input type="checkbox"/> 被保険者住所
<input type="checkbox"/> 提出者住所 (町外事業所のケアマネジャーにご担当いただいている方は、被保険者又は家族への郵送となります。)
<input type="checkbox"/> その他 氏名： 続柄： 住所 (〒 -)
<input type="checkbox"/> 関わりのある担当者（ケアマネジャー）経由 (施設入所の方、町外事業所のケアマネジャーにご担当いただいている方は、被保険者又は家族への郵送となります。)
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー

【その他確認事項】

介護保険関係書類送付先の変更 (希望する ・ 希望しない)

※[町記載欄] 記入不可

【介護保険被保険者証確認】

被保険者証 あり ・ なし

認定調査時に再確認

紛失届提出