様式第6号（第8条関係）

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

神山町長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号	2	0	0	0	0						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	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　経過的要介護　要支援状態区分　1　2																							
		有効期間　年　月　日　から　年　月　日																							
	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													
	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	〒 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）のみ記入

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、神山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。

本人氏名

訪問調査時の付添人の有無　　有　・　無

１　認定調査にあたり不都合な曜日・時間がある場合は、次の表に×印を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前 ９時００分～１２時００分まで					
午後 １時００分から４時００分まで					

※その他の希望の日があれば記入してください。（　　）

２　訪問調査に付き添う方がいる場合、その方の被保険者（対象者）から見た続柄は次のどれですか。

［ □夫　□妻　□子　□子の配偶者　□孫　□その他（　　）］

付添者の連絡先（※被保険者と同居していない場合に記入してください）

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　－　　－　＿＿＿＿＿＿＿＿

（　□自宅　□職場　□携帯　）

調査場所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※表面の被保険者住所以外の場所で調査をご希望される場合は必ずご記入ください。