**小野町介護保険（要介護・要支援）認定申請書**

様式第15号

**＜　□ 新規　・　□ 更新　・　□ 区分変更　＞**

小野町長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 提出代行者  名称・担当者 | □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  □指定介護療養型医療施設    （担当者氏名：　　　　　　　　　　　） | | |
| 申請者住所  ＊本人申請の場合は記載不要 | 〒  （☎　　　　－　　　－　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被**  **保**  **険**  **者** | 被保険者番号 |  | | | 個人番号 | |  | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | □明治 □大正 □昭和  年 　月　 日 | | □男  □女 |
| 氏名 |  | | |
| 住所  （住民登録地） | 〒  小野町大字 | | | 電話番号 | |  | | |
| 前回認定の結果  （更新、区分変更のみ） | 要介護状態区分　要支援（□１　□２）　要介護（□１　□２　□３　□４　□５）　非 | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 変更申請の理由  （区分変更のみ） |  | | | | | | | |
| 訪問調査先  （上記住所に実際に居住されていない方） | 施設・病院等名称 |  | | | 電話番号 | |  | |
| 住　　　　所 |  | | | | | | |
| 入所・入院 （予定）期間 | | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **主治医** | 医師名 |  | 診療科 |  |
| 医療機関名称 |  | 最終受診日 |  |
| 所在地 |  | 電話番号 |  |

第２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  | | |

|  |
| --- |
| **同意書**  介護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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又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** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **訪問調査同席者** | 氏　　　名 |  | | 本人との関係 |  |
| 電話番号 （平日　日中8:30～17:15）連絡がとれるところを指定してください。 | | | | |
| 調査希望日、時間 | |  | | |
| **特　　　　　記** | 【サービス利用日、通院日、疾病・認知症状況等、特に留意すべき事項があれば記入をお願いします。】 | | | | |