介護保険
要介護(要支援)認定 [新規 ・ 更新 ・ 変更] 申請書

阿波市長 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	被保険者番号		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		性別	男 ・ 女	
	氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	住　所	〒　－ 徳島県阿波市	電話番号		
	前回の要介護認定結果等(更新・変更の場合)	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			
	介護保険施設・医療機関・グループホーム等入院入所の有無(最近6ヶ月間)	介護保険施設の名称 所在地	期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日	
		医療機関等の名称 所在地	期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日	
	有 ・ 無				
	申請の理由や利用したいサービス				
	調査場所(該当する場所に○)	自宅 ・ 親類宅 ・ 病院 ・ 施設　※調査場所が自宅以外の場合、場所名と住所の記入をお願いします。			
	認定調査連絡先	氏名　(続柄:　) 電話番号			
	調査時同席希望	有・無　同席者氏名　(続柄:　)			
	調査の不都合日	有・無　不都合日			
	連絡希望時間	有・無　午前　～　時頃 午後　～　時頃	連絡希望時間は平日の8:30～17:00の間でお願い致します。 ご都合もあるかと思いますが、なるべく長めの時間をご記入ください。		
	ペットの有無	有・無　(犬・猫・その他:　匹)　※調査訪問時は調査員と接触しないよう配慮をお願いします。			
	医療保険によるサービス利用	訪問看護　有・無 外来リハビリ　有・無	※原則、介護保険とのサービス併用はできないためご注意ください。		

提出者	提出者氏名		本人との関係	
	提出者住所	〒　－　電話番号		
	提出代行者名	該当に○ (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・その他)		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　－　電話番号		

特定疾病名	2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ必ず記入のこと

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、阿波市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者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、阿波市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。

※自筆できない場合は、代理人が本人氏名及び代理人氏名・続柄を必ず記入してください。

本人同意署名欄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

(代理人署名欄) ＿＿＿＿＿＿＿＿ (続柄　)