様式第７号（第６条関係）

介　護　保　険　　　　　要介護認定 ・　要支援認定　　　　　申　請　書

要介護更新認定　・　要支援更新認定

南伊豆町長　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 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 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 | | | | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限　　　　　　　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 | | | | | | | | | | | |
| 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○（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・介護医療院） |
| 住所 | 〒  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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

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、及び主治医意見書を南伊豆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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

◎申請者が本人以外の場合は記入

【申請者氏名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

【申請者住所】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【電話番号】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※裏面にも記入をしてください。

個人番号の確認に係る同意書

私は、次のいずれかにより私（本人）の個人番号を南伊豆町が確認することに同意します。

1. 行政手続きにおける特定の個人を認識するために番号の利用等に関する法律施行規則第３条第１項 第２号の規定に基づき、南伊豆町が備える住民基本台帳に記録された個人番号及び個人認識事項を確認すること。
2. 行政手続きにおける特定の個人を認識するための番号の利用等に関する法律第14条第２項の規定に 基づき、南伊豆町が地方公共団体情報システム機構に対し機構保存本人確認情報の提供を求めること。
3. 行政手続きにおける特定の個人を認識するための番号の利用等に関する法律施行規則第３条第１項第３号の規定に基づき、過去に南伊豆町が作成した特定個人情報ファイルに記録された個人番号及び個人識別事項を確認すること。

　 年　　　月　　　日

　　　　　住所

〈本人〉

生年月日　明・大・昭・平　　　年　　月　　日　　氏名

　　　　住所

〈代理人〉

生年月日　明・大・昭・平　　　年　　月　　日　　氏名

介護保険認定調査　場所・立会人・連絡先記入票

介護保険認定のための調査に、ご自宅又は入院・入所先へお伺いします。調査日時については、事前に電話にてご連絡させていただきますので、必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください。

※該当するところに　　をつけて下さい。

立　会　人

介護認定調査の時には立会人がいることが望ましいです。

①介護保険認定調査に立ち会うことを・・・（　希望します　・　希望しません　）

②希望する場合は・・・（立会人氏名　　　　　　　　　　 　）本人との続柄（　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　－　　　　　－　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　－　　　　　－　　　　　）

※日中にご連絡いたしますので連絡の取れる番号をご記入下さい。

調　査　場　所

1. 住所と同じ（自宅　・　入院（所）先）　　（駐車場　あり　・　なし　）

②住所以外の場所　　　住所

　　　　　　　　　　　　　場所名

　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　－　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　理由

そ　の　他

デイサービス、通院や外出など調査に都合の悪い日等がありましたらご記入下さい。