

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

津野町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 R 2 . 9 . 5

申請者氏名	津野 太郎	本人との関係	長男
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) 印		
申請者住所	〒785-0595 津野町力石 2 8 7 0 番地 電話番号 0 8 8 9 - 6 2 - 2 3 1 7		

申請に来た方について記入してください。  
※提出代行者名称は介護事業者が代行する場合に記入してください。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被保険者番号	0 0 0 0 0 2 8 7 0 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
フリガナ	ツノ ハナコ	生年月日	S 5 . 4 . 1
氏名	津野 花子	性別	女
		年齢	8 5
住所	〒785-0201 津野町永野 4 7 1 番地 電話番号 6 2 - 2 3 1 4	※現在この住所にお住まいですか はい いいえ	
前回の要介護 認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新 認定場合のみ記入</small>	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 令和 2 年 1 月 1 日	から	令和 2 年 1 0 月 3 1 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」を選択して下さい) はい・いいえ		
	「はい」の場合、申請日 年 月 日		
病院又は施設 入院・入所の 有無	介護保険施設の 名称等・所在地 津野町力石 1 2 3 4 5 番地 介護老人福祉施設 津野		
有・無	医療機関等の 名称等・所在地		

認定を受けようとする方について記入してください。  
住民票のある住所を記入してください。

前回の要介護度、有効期間を記入してください。

転入された方のみ記入してください。

現在、介護保険施設又は医療機関に入院、入所している場合は記入

主治医	主治医の氏名	津野 次郎	医療機関名	津野町医院
	所在地	〒785-0595 津野町力石 2 8 7 0 番地 電話番号 0 8 8 9 - 6 2 - 2 3 1 1		

主治医 (かかりつけの医師) の氏名及び病院名を記入してください。

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

医療保険名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

第1号被保険者 (65歳以上の方) は  
記入不要です。

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津野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また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。

介護認定調査にあたり、立会に希望する、希望しない  
どちらかに○をいれてください。  
立会希望の方は立会ができない曜日には×を記入し、  
立会い可能な曜日には○を記入してください。  
立会される方の氏名、連絡先を必ずご記入ください。

(更新申請の場合のみ) 私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定が有効であると認められ、認定延期通知の省略に同意します。

家族の立会希望	希望する・希望しない	本人氏名	津野 花子
立会希望曜日	月 火 水 木 金 午前 午前 午前 午前 午前 午後 × 午後 × 午後	代筆者氏名	津野 太郎
立会希望者氏名 連絡先	津野 太郎 090-0000-0000	代筆者続柄 (長男)	

本人が署名してくだ  
さい。できなければ  
代筆してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

津野町長 様

次のとおり区分変更申請します。

申請者氏名	津野 太郎	本人との関係	長 男
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) 印		
申請者住所	〒785-0595 津野町力石 2 8 7 0 番地 電話番号 0 8 8 9 - 6 2 - 2 3 1 7		

申請に来た方について記入してください。  
※提出代行者名称は介護事業者が代行する場合に記入してください。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被保険者番号	0 0 0 0 0 2 8 7 0 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
フリガナ	ツノ ハナコ	生年月日	S 5 . 4 . 1
氏 名	津野 花子	性 別	女
		年 齢	8 5
住 所	〒785-0201 津野町永野 4 7 1 番地 電話番号 6 2 - 2 3 1 4 ※現在この住所にお住まいですか はい いいえ		
区分変更申請 の理由	1 2 月 2 0 日に脳梗塞により津野町医院に入院。2 月中旬の退院在宅復帰に向けて現在リハビリ中。 歩行困難となるなど前回認定時から心身状況に大きな変化があり区分変更する。		
前回の要介護 認定の結果等 *要介護・要支援更新 認定場合のみ記入	要介護状態区分 ① 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 R 5 年 8 月 1 日 から R 7 年 7 月 3 1 日		
病院又は施設 入院・入所の 有無	介護保険施設の 名称等・所在地 医療機関等の 名称等・所在地 津野町力石 2 8 7 0 番地 津野町医院		
有 ・ 無	有		

認定を受けようとする方について記入してください。

住民票のある住所を記入してください。

変更申請理由を記載してください。

現在の要介護度、有効期限を記入してください。

現在、入院または入所している場合は、有に○をつけて施設名を記入して下さい。

主治医の氏名	津野 一郎	医療機関名	津野町医院
所在地	〒785-0501 津野町力石 2 8 7 0 番地 電話番号 0 8 8 9 - 6 2 - 2 3 1 1		

主治医の氏名、病院名を記入してください。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護認定調査にあたり、立会に希望する、希望しない  
どちらかに○をいれてください。  
立会希望の方は立会ができない曜日には×を記入し、  
立会い可能な曜日には○を記入してください。  
立会される方の氏名、連絡先を必ずご記入ください。

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津野町(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)に提出し、主治医意見書を記載した医師または認定調査に従事した調査員に提示することとなります。

家族の立会希望	希望する 希望しない	本人氏名	津野 花子
立会希望曜日	月 火 水 木 金 午前 午前 午前 午前 午前 午後 午後 午後 午後 午後	代筆者氏名	津野 太郎
立会希望者氏名 連絡先	津野 太郎 090-0000-0000	代筆者続柄 ( 長男 )	

本人が署名してください。  
できなければ代筆してください。