別記様式第3号

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

苫前町長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日

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		
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日		
	氏名		性別		
	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			
			有効期限　　から		
		※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		
	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　～		
		介護保険施設の名称等・所在地	期間　～		
		医療機関等の名称等・所在地	期間　～		
		医療機関等の名称等・所在地	期間　～		

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

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	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

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・要支援認定に係る調査内容、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、苫前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

＊自署の場合は、押印は不要です。

認定調査について

申請後、認定調査員が調査のため御自宅(又は入所先)を訪問する日時を調整し、かつ、調査を円滑に行うため、下記の項目に記入してください。調査に係る時間は、1時間前後の見込みです。

訪　問　先	□ 自宅 □ 入院・入所先名（　　）（　　）病棟（　　）号室 □ その他（　　）

1　調査の希望日について御記入ください。

曜　　日	□ いつでもよい □ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　がよい ※土曜日・日曜日・祝日の調査希望は、御遠慮ください。
時　　間	□ いつでもよい □ 午前がよい　□ 午後がよい　□ （　　）時ころがよい ※9:00～16:00の間でお願いします。

※入院、入所先での調査については、施設等の都合により御希望に添えない場合があります。

2　調査員から調査日時を相談するためのお電話は、どなたに差し上げればよろしいですか。

連　絡　先	□ 自宅　□ その他（　　） 氏　　名（　　）本人との続柄（　　） 電　　話（　　－　　－　　） 携帯電話（　　－　　－　　）
連絡可能な時　間　帯	□ いつでもよい □ （　　）時ころがよい ※9:00～17:00の間でお願いします。

3　調査は、申請された方の日ごろの生活状況及び介護の状況、介護の手間などについてお聞きしますが、どなたか立会いを希望されますか。

□ 立会いを希望する	希望者氏名（　　）
□ 立会いを希望しないが、調査実施日時の連絡のみ希望する	続　　柄（　　） 電　　話（　　－　　－　　）
□ 立会いも日時の連絡も希望しない（調査員に一任する）	

4　あらかじめ調査員に伝えておきたいこと（耳が聞こえにくい、会話が不自由、病名等）がありましたら御記入ください。

認定結果等の送付先について

被保険者(御本人)が独居で認知症があるなどの理由で、認定結果等の通知や、被保険者証を管理できない場合は、送付先を変更できます。その場合は、送付先となる人の氏名、住所、本人との続柄、連絡先(自宅、勤務先、携帯電話の番号等)を記入してください。

氏　　名	住　　所	続　柄	連　絡　先