介護保険　要支援・要介護（新規・更新・変更）認定申請書

該当する申請に○

長崎県東彼杵郡東彼杵町長　様

要介護認定を受ける方（本人）の氏名などを記入してください　申請年月日　平成　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	・明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒　859- 長崎県東彼杵郡東彼杵町 電話番号		
	調査先住所 ※調査先が上記住所と異なる場合にお書き下さい。 また、病院や施設に入院入所中の方は点線下の欄に記載して下さい。	〒 電話番号 該当に○（介護老人福祉施設：老人保健施設・療養型病床群・グループホーム・その他施設・ショートステイ） ／　から　／　まで （　病棟　階　号室） 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　経過的要介護　要支援状態区分　1　2 有効期限　平成　　年　月　日　から 平成　　年　月　日		
	変更申請の理由			
	利用中または利用したいサービス			

本人以外の方が申請される場合に記入してください

代理人・代行者	氏名・名称	該当に○ （家族・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者 ・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設） 事業者印 ※提出代行事業者の場合には事業者印が必要です。	本人との関係
	住　所	〒 電話番号	

認定を受けたい方の主治医（現在、診療を受けている医者）また、主治医が一番よく把握している医者を記入してください

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名 ※該当する番号に○をつけて下さい	1. 筋委縮性側索硬化症　2. 後縦靭帯骨化症　3. 骨折を伴う骨粗鬆症　4. シャイ・ドレーガー症候群 5. 初老期における認知症　6. 脊髄小脳変性症　7. 脊柱管狭窄症　8. 早老症 9. 糖尿病性（神経障害、腎症、網膜症）　10. 脳血管疾患　11 パーキンソン病 12. 閉塞性動脈硬化症　13. 慢性関節リウマチ　14. 慢性閉塞性肺疾患 15. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症　16. がん		

◎訪問調査の際、家族等の同席を希望される方は、同席者の氏名、連絡先を記載してください

（※時間帯によって連絡がつきにくい方は、必ず連絡がつく時間帯や連絡先の記入をお願いします）

訪問時の同席　□必要　□必要ない（レ点をつけて下さい）	①　自宅 （　　）　- 時間帯指定 （　：　～　：　）	②　勤務先・携帯電話番号 （　　）　- 電話時間帯指定 （　：　～　：　）
氏名 続柄（　　）		

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場合又は要望がある場合は、介護認定審査会資料・判定結果・意見を、地域包括支援センター居宅介護支援事業所又は介護保険施設の介護支援専門員、主治医に提示することに同意します。

本人氏名　　印　（代筆者氏名　　）

※本人自筆の場合は印鑑不要