

**介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書**

小 布 施 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 ※記載がなくても 受理します。					
	医療保険情報 ※該当に○をして ください	1 長野県後期高齢者医療広域連合					2 小布施町(国民健康保険加入の方)					
		3 その他(下記項目に記載してください。)					〔記号〕					
		〔保険者名〕					〔番号〕					
	フリガナ						生年月日	大・昭 年 月 日				
	氏 名						性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒  (自治会 ) 電話番号										
前回の要介護 認定の結果等 ※新規の場合は不要	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2						
	有効期間					年 月 日 から 年 月 日						
過去6月間の 入院・入所 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> している	施設名・所在地					年 月 日 ~ 月 日						
	施設名・所在地					年 月 日 ~ 月 日						

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ 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・指定介護療養型医療施設 介護医療院等・その他 ( )									
	住 所	〒  電話番号									

主 治 医 (かかりつけ医)	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（要健康被保険者証）

特定疾病名											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 介護（予防）サービス計画作成を担当する介護保険指定事業者がサービス計画を作成するために必要とであると認められるときは、町が保管する①要介護・要支援認定調査の内容、②主治医意見書、③介護認定審査会による判定結果・意見、④自己負担割合情報を提供することに同意します。
- 介護認定審査会による判定結果・意見を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

本人または代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者の場合、続柄 ( ) \_\_\_\_\_

**■障害者控除対象者認定書」の送付について**

障害者手帳を取得していなくても、12月31日（又は死亡日）時点で①小布施町に住所がある②65歳以上③要介護2以上の全てに該当する場合は、本人又は扶養者が所得税・住民税の障害者控除を受けることが可能です。年末調整、確定申告又は住民申告に使うための「障害者控除対象者認定書」を11月以降に送付します。

■連絡先

連絡人氏名		本人との関係 ( )
連絡先	住所	
	電話番号	自宅： 携帯電話：
連絡の取れる時間帯		
本人が自宅外にいる場合、 居所を記入してください。		(施設名・部屋番号等)

■身体状況

主な既往症	
認知症症状	・なし ・あり →具体的に記入。
日常生活で困っていること	

早急に利用したいサービス	
--------------	--

今後利用したいサービス	
-------------	--

その他特記事項	
---------	--

相談受付日 年 月 日 対応職員

受理日	受付者	申請入力	主治医入力	保険証回収	調査入力