

介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書の記入について

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。)										
		〔保険者名〕										〔記号〕										
		〔保険者番号〕										〔番号〕 〔枝番〕										
	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 □していない □した □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											

被保険者番号は介護保険の被保険者証に、個人番号はマイナンバーカードもしくは通知カードに記載されています。
(記載がなくても受理します)

該当する医療保険証に○をしてください。
「3 その他」に該当する場合は、保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番を記入してください。
(記載がなくても受理します)

過去6月の間に、介護保険施設・病院に入った、又は今も入っている場合は、施設名・期間を記入してください。

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 ()										印 (事業者の場合必ず押印)									
	住 所	〒										電話番号									

町から主治医に「介護保険主治医意見書」の作成を依頼しますので、現在の本人の心身の状態を良く知っている、かかりつけの医師を記入してください。

40歳から64歳の方は、要介護認定を受けることになった疾病名を記入してください。

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									

ケアマネジャーがより良いサービス計画(ケアプラン)を作成するために本人の状態を詳しく知る必要があります。また、主治医が要介護認定結果の情報提供を求める場合があります。

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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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65歳以上かつ要介護2以上で、所得税・住民税の「障害者控除」もしくは「特別障害者控除」を受けることができます。

小布施町に住所があり該当する方には「対象者認定書」を11月以降に送付します。本人、扶養者どちらかの(確定)申告、年末調整の際に添付してください。(小布施町に住所がない人は、住所地の役所に確認してください。)

■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。