

小布施町 介護保険〔要介護認定・要支援認定〕区分変更申請書

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	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〕 〔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										
	現在受けている 要介護認定の 結果等	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2					
		有効期間					年	月	日	から	年	月
変更申請の理由												
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。

■訪問調査のため、連絡先等をご記入ください。

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:
連絡のとれる時間帯		
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)
現在利用している サービス及びその曜日等		サービスの種類: 利用している曜日: 時 間:
		サービスの種類: 利用している曜日: 時 間:
		サービスの種類: 利用している曜日: 時 間:

小布施町処理欄

受理日	
受付者	

申請入力	主治医入力