

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。)										[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									
	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				
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 ~ ____年 月 日					
		施設名・所在地					____年 月 日 ~ ____年 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