

【調査日】 AM・PM 公用車：【調査場所】 自宅・()病院・施設() 号室・その他【】

(介護保険証を必ず添付してください)

介護保険 << 要介護認定・要支援認定 >>

新規・変更 更新 申請書

中川村長 様

申

次のとおり申請します。

Application form for nursing insurance certification. Includes fields for applicant name (中川村長), address (長野県上伊那郡中川村), and certification type (要支援1, 要支援2, etc.).

Submitter information section. Fields for name, address, and telephone number of the person submitting the application.

Physician information section. Fields for the name of the attending physician (主治医) and their medical institution (医療機関).

Medical insurance section. Fields for the name of the medical insurance (医療保険者名) and the insurance policy number (医療保険被保険者証記号番号).

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為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、中川村から地域包括支援センター、居宅介護支援員、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示・情報共有する事に同意します。

本人氏名(署名)

Signature and relationship section. Fields for the name of the applicant (立ち合い者氏名) and their relationship to the insured person (被保険者との関係).

※ 中川村役場記入欄

Table for village office recording. Columns include: 受付 (Received), 認定調査日 (Certification survey date), 意見書記入日 (Opinion recording date), 一次判定入力 (Primary judgment input), 審査会 (Review committee), 認定結果 (Certification result), 有効期限 (Validity period), 居宅届出 変・施設 (Residence notification change/facility), 備考 (Remarks).