

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

安来市長 田中武夫 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 | | | | | | | | | | | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者 記号・番号 | 記号 | | | | | | 番号 | | | | | | 枝番 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | |
| | 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| | 前回の要介護 認定の結果等 | | *要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入 | | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 有効期限 年 月 日 から 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入 | | 転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無 | | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有・無 | | 〒 | | | | | | | | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 | | | | | | | | | | | | |
| | | 〒 | | | | | | | | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提 出 代 行 者 | 名 称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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

1. 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ために必要があるときは地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設に対する要介護（要支援）認定に係る調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見及び主治医意見書に関する情報提供
2. 主治医に対する要介護（要支援）認定結果についての情報提供
3. 居宅介護支援事業者等から主治医、サービス提供事業者等への居宅サービス計画等の情報提供

上記の情報提供について同意します。 本人氏名 _____
※本人が記入できない場合は代筆者が本人氏名もご記入ください。

代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____ （裏面へ）

訪問調査事前メモ (新規・変更・更新)

※太枠 ☐ 内をご記入ください。

※このメモは、訪問調査のために使用します。

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------|------|------|-----|
| フリガナ | | | 電話番号 | | |
| 被保険者氏名 | | | 電話番号 | | |
| 申請書 記入者氏名 | | 続柄もしくは 事業者名 | | 電話番号 | |
| 調査の 同席者 ※可能な限り、 日頃の状態が 分かる人 | <input type="checkbox"/> 親族（同居・別居） | フリガナ | | | 続 柄 |
| | <input type="checkbox"/> ケアマネジャー | 氏 名 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設・病院等職員 | ※連絡先は、日中に連絡が取れる番号を記入してください。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし ※同席がない場合は、1人で対応できる事、 ご家族の了承が得られているか、必ずご確 認ください。 | 第一連絡先 （ ） | | | |
| | 第二連絡先 （ ） | | | | |
| 日程調整者 | <input type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、施設・病院等職員（担当者名： 連絡先： ） <input type="checkbox"/> その他（フリガナ 氏名： 続柄： 連絡先： ）※日中に連絡がとれる番号を記入してください | | | | |
| 日程調整に 関する 留意事項 | ※訪問調査は原則平日9：00～15：30内で実施しています。 都合が悪い曜日など日程調整をするにあたり、留意事項がある場合は簡潔に記入してください。 | | | | |
| 訪問調査先 ※いずれかに チェックし、 必要事項を記入 | <input type="checkbox"/> 自宅 ※駐車場 あり・なし（ ） <input type="checkbox"/> 居住地（住民票と異なる場合） 宅（住所： ） <input type="checkbox"/> 病院名 階 病棟 入 院 日 年 月 日～（担当相談員： ） 退院予定日 年 月 日 転院予定日 年 月 日（転院先： ） ※調査可能な状態（安定している状態）であることをご確認のうえ、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 施設名 （担当相談員： ） 入 所 日 年 月 日～（電話番号： ） | | | | |
| 調査に関する特記事項 ※訪問調査を実施するにあたり、調査員に留意してほしい点などを簡潔に記入してください。 | | | | | |

| | | | |
|------|---|-----|--|
| 受付場所 | <input type="checkbox"/> 市民課 <input type="checkbox"/> 伯太地域センター <input type="checkbox"/> 介護保険課 | 受付者 | |
|------|---|-----|--|