

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

垂水市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
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 ・ 指定介護療養型医療施設 介護医療院 ・ 地域密着型サービス事業所)		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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													
		被保険者証	記号											番号											枝番	
	フリガナ												生年月日					性別								
	氏名												大・昭・平 年 月 日													
	住所		〒 _____										振興会 (_____) 電話番号 _____													
	認 前 回 の 結 果 要 介 護	※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																		
			有効期間 年 月 日 ~ 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・要支援認定申請中ですか。 はい (申請日 年 月 日)										(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。) いいえ														
過 去 6 月 間 の 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 所 ・ 入 院 の 有 無	施設等の名称等・所在地 _____										期間 年 月 日 ~ 年 月 日															
	施設等の名称等・所在地 _____										期間 年 月 日 ~ 年 月 日															
有 ・ 無																										
退院(所)・転院(所)の予定がありますか。										退院(所)予定あり ・ 転院(所)予定あり ・ 予定なし ○ 予定日(月 日)																

主治医	医療機関名		所 在 地	〒 _____	電話番号
	主治医の氏名				
受診予定日(もしくは最近の受診日)			年 月 日	定期的な受診の有無 (有 ・ 無)	

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 ※健康保険被保険者証の写しの添付が必要です。

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、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垂水市から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若しくは介護保険施設の関係人、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することに同意します。更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由(延期通知)を省略することに同意します。

本人氏名(署名)

市町村確認欄	
滞	被保険者証回収
	有 ・ 無 (紛失 ・ 調査時回収)

代筆者氏名

続柄()

※本人氏名は必ず記入してください。(裏面あり)

認定調査確認票

1. 訪問先について

- 自宅(被保険者住所地)
- 申請書記載(表面)の病院・施設等
- 上記以外(家族宅、申請書記載以外の病院・施設等)

氏名(ご家族、病院・施設名) () 続柄 ()
 住所 () 電話番号 ()

2. 訪問調査の日程調整について

- 連絡調整者 本人
 申請者・提出代行者
 上記以外の者

氏名 () 続柄 ()
 住所 () 電話番号 ()

※電話番号は、昼間にご連絡のつく勤務先又は携帯等をご記入ください。

3. 訪問調査時の立ち会い(同席)について

- 訪問調査時に 申請者・提出代行者が立ち会う
 上記以外の者が立ち会う

氏名 () 続柄 () 電話番号 ()
 立ち会いを希望しない

※実態にあった調査をするために、できるだけご家族の同席をお願いします。

4. 訪問調査の日程について

申請日翌日から2週間以内の平日(9:00～12:00、13:30～16:30)で、**ご都合の悪い日(デイサービス、デイケア、通院日等で調査場所を不在の日)**に×をご記入ください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後					

※訪問調査の日程については、申請受け付け後、調査員から改めて上記連絡調整者にご連絡いたします。

5. 認定結果の送付先について

- 被保険者宅
- 申請者・提出代行者
- 入院・入所施設
- その他 ()

※その他の場合は、郵便番号、住所(県外の場合は都道府県名から)、氏名をご記入ください。

6. 希望する介護サービスについて

- ホームヘルパー 訪問入浴介護 訪問リハビリ 訪問看護 居宅療養管理指導
- デイサービス デイケア ショートステイ 施設入所 地域密着型サービス
- 福祉用具の貸与 ()
- 福祉用具の購入 ()
- 住宅改修 ()

7. その他確認事項について

- ・生活状況を教えてください。 一人暮らし 家族と同居(構成)
- ・動物を飼っていますか? 飼っている () 飼っていない
- ・訪問調査時に留意する事項(病気や認知機能、家族状況等)がありましたら、ご記入ください。

(例: 認知面の立ち会い者への聞き取りについては、家の外(又は電話)が好ましい。)