

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

(あて先) 合志市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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									
		被保険者証		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					
											有効期間 平成・令和 年 月 日から令和 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										※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。 (既に認定結果通知書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 令和 年 月 日					
											介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日																
医療機関の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日																
有・無					医療機関の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日											

申請者氏名											被保険者との関係										
申請者住所	〒 -										電話番号										
提出代行者	該当に〇 (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)																				

主治医	(フリガナ)										医療機関名									
	主治医の氏名																			
	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																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、合志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することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

続柄 ()

介護認定調査がスムーズに出来ますよう、お手数ですがご記入（回答）ください。

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 更新						
本人についてお尋ねします	世帯状況等	<input type="checkbox"/> 同居家族有		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし		<input type="checkbox"/> 施設入所		<input type="checkbox"/> 入院中		
	病名及び症状等	(詳しく記入してください)								
	申請理由 (身体状態等) ※該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。	前回の認定調査時と比べて、状態に変化はありますか？(※新規申請の方はチェック不要です。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：状態()								
		①物忘れ等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：状況() ②歩行状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他() ③食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他() ④排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()								
		その他 []								
現在利用中、又は今後利用したいサービス ※該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入(品目：) <input type="checkbox"/> 住宅改修(内容：) <input type="checkbox"/> 施設入所(種類：) その他 []									
かかりつけ医	定期的に受診を(していない ・ している・・・最終診察日 令和 年 月 日)									
訪問調査先	(自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他) ※自宅以外の場合は、下記に施設名や病院の病棟名等を必ず記入してください。 〒 - 施設(病棟)名： 電話番号									
駐車場の有無	(有 ・ 無) ※調査員がとめることができる駐車場の有無を記載してください									
ペット(犬)の有無	(飼っていない ・ 飼っている・・・ 屋内にいる ・ 屋外にいる)									
訪問調査時の同席者 (有 ・ 無)	同席者氏名			本人との関係						
	連絡先(電話番号)			日中(8:30~17:00)						
	携帯電話			連絡の取れる時間帯						
訪問調査日程 (ご都合の悪い日があれば×をつけてください。)		月	火	水	木	金				
	午前									
	午後									
認定結果の送付先 (現住所と異なる場合ご記入ください)	〒 -									
同意書										
個人番号(マイナンバー)の利用及び確認について同意します。 ※個人番号が確認できる個人番号カード等を持参する場合は不要です。										
被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____										
市記入欄	被保険者証	資格者証	入力	番号確認	本人確認	代理権確認	代理人確認	受付者		
	回収・未回収	発行・未発行	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未			