

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

東吉野村長 様

次のおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

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					明・大・昭	年	月	日			
被 保 者	氏 名		性 別		男		女						
	住 所		電話番号										
保 険 者	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 平成・令和 年 月 日から令和 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 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	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 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							
	医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日							
有 ・ 無													

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	〒									

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市（町村）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。

本人氏名

裏面もご記入ください。

要介護認定訪問調査について

介護保険要介護・要支援認定申請書を提出された後、認定調査員がお伺いし、ご本人の状態等を調査することになっています。その調査をより迅速かつ正確に実施するため、下記の項目についてご記入ください。

○認定調査時の立会いについて

より正確な調査を実施するため、ご家族様の立会いをお勧めしています。
なお、調査時間は、約1時間を予定しています。

- 立会いを希望する。 (氏名: _____ 続柄: _____)
- 立会いを希望しない。

○認定調査場所について

認定調査の場所は、どちらになりますか？

- 自宅
- 病院・施設 (名称: _____ 電話番号: _____ 号室) _____
- その他 (住所: _____ 電話番号: _____) _____

○認定調査日の日程調整の連絡先について

氏名 : _____ 続柄 : _____

連絡先: _____ 携帯電話: _____

ご自宅: _____

(注意)

認定調査の日程調整については、可能な限りご希望に添うよう努めますが、他の調査や業務の都合によりご希望に添えない場合があります。あらかじめご了承ください。

○事前確認事項について

認定調査に際して、調査員に伝えておきたいこと(認知症の状態、ガン告知の有無等)があればご記入ください。

また、新規申請の場合は、利用したい介護サービスをご記入ください。

○要介護認定の結果通知書及び被保険者証の送付先について

- 本人自宅(住所地)
- その他 宛名: _____ 関係: _____
- 住所: _____
- 電話番号: _____