

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

* 申請日は市が受理した日となります。
(該当するものに☑してください。)

袖ヶ浦市長 様
次のとおり申請します。

申請 区分	新規 <input type="checkbox"/>	更新 <input type="checkbox"/>	変更 <input type="checkbox"/> 要介護 から	変更 <input type="checkbox"/> 要支援 から	転入 <input type="checkbox"/>
----------	--------------------------------	--------------------------------	---	---	--------------------------------

年 月 日記入

受付印欄

申請者	氏名		本人との関係	
	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・介護医療院)		
	所在地	〒		
		電話番号 ()		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 (男・女)		
	住所	電話番号 ()		

医療保険	保険者名			保険者番号	
	被保険者証	記号	番号	枝番	

現在の認定	要介護状態区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	現在の居所 該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他
	有効期間	年 月 日から 年 月 日		
	※14日以内に他の自治体から転入した時に記入	転出元自治体(市区町村名) [] 転出元自治体に要介護認定等を申請中ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		

変更申請の理由 ※変更の場合のみ記入	<input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 (※どちらかに☑する) 具体的に()
-----------------------	--

特定疾病名 ※40~64歳の方のみ記入	
------------------------	--

過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	入院・入所施設名 所在地(市区町村) 期間 年 月 日~ 年 月 日
-------------------------------	---------------------------------------

主治医	医療機関名			主治医氏名	
	所在地	〒 電話番号 ()			

私は、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・要支援認定に係る調査内容、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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅サービス事業者又は介護予防サービス事業者、並びに主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。
(更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名 _____

*市役所処理欄	受付	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 平川	<input type="checkbox"/> 長浦	受付	入力	確認	保険料
被保険者証	<input type="checkbox"/> 処理済	<input type="checkbox"/> 未回収						
予診票	<input type="checkbox"/> 添付有	<input type="checkbox"/> 添付無						
資格者証	<input type="checkbox"/> 手渡し	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 未交付					

認定調査連絡事項

※各設問の該当する項目に☑のうえ、必要事項を記入してください。

訪問調査先	<input type="checkbox"/> 自宅	住所	※表面の被保険者住所と同じ場合は記入不要です。			
	<input type="checkbox"/> 施設 病院等	施設名 病院名	電話番号 ()			
		入院・入所日	入院病棟: 病棟 階 号室			
		入院中の方は現在の心身の状況、病名等について記入	年 月 日 頃			
		退院・転院・退所 <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし	(例)○月○日△△△の手術をして入院中。転倒し△△△を骨折 など			
調査時立会人	<input type="checkbox"/> 立会 あり	フリガナ		本人との 続柄		
	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・病院職員 <input type="checkbox"/> その他	氏名				
	<input type="checkbox"/> 立会 なし	電話①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※平日日中に連絡が取れる連絡先			
		電話②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※平日日中に連絡が取れる連絡先			
		※日頃の生活の様子を正しく調査するため、ご家族等の立会をお願いしています。 ※施設や病院の職員の方を立会人とする場合には、事前に施設等とご相談したうえでご記入ください。 ※ケアマネジャーの立会は原則認めておりませんが、例外として次のようなケースでは立会を認めています。 ・認定を受けようとする方が施設入所者であって、施設職員として立会う場合 ・認定を受けようとする方に認知症状等があり、独居や遠方であるなどの理由によりご家族等の立会が難しい方				
調査日の希望	※立会人含め、ご都合の悪い曜日、時間帯がある場合にはご記入ください。 【原則として平日の午前9時30分から、または午後1時30分からで日程調整をします。】					
連絡事項	調査の際に配慮することなどがあればご記入ください。					

市記入欄