

介護保険 要介護認定・要支援認定（新規・更新・区分変更）申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

					申請年月日	平成	年	月	日
被	被保険者番号				個人番号				
	フリガナ				年齢				
保	氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日
					性別	男・女			
者	住所	〒 -			電話	()			
	申請区分	新規・更新・区分変更・転入・要支援者の要介護新規							
険	前回の要介護認定の結果等	*更新・区分変更申請の場合のみ記入	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 年 月 日 ~ 平成 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）				
変更申請の理由	*区分変更申請の場合のみ記入								
施設入所、入院の有無	介護保険施設等名称（短期入所、グループホーム、ケアハウス、養護老人ホーム等を含む）								
	*現在入所・入院している場合のみ記入	病院名			入院日		年	月	日
	(病棟 階 号室)			退院見込み日		年	月	日	
調査時の同席	する・しない	同席者の氏名 (本人との関係)		()		日中連絡可能な電話番号 ()			
申請書提出者 *本人の場合は記入不要	氏名			電話 ()			本人との関係		
提出事業者 (事業者)	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・その他） 印							
	住所	〒 -			電話 ()				
主治医	主治医の氏名			医療機関名		専門科名		所在地 市・町・村	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 ※健康保険証の写しを添付してください。

医療保険者名 ※健康保険証の写しを添付してください。		医療保険被保険者証記号番号		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、介護保険施設の介護支援専門員等に提示することに同意します。また、主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果・意見等を求められた際に提示することに同意します。

本人氏名

※介護保険被保険者証を添付してください
※裏面も記入してください。

市町受付印	介護保険事務所受付印

◎記入してください。

サービス利用の状況	<input type="checkbox"/> 現時点では、利用の希望なし(万が一に備えて認定を受けておきたい) <input type="checkbox"/> 利用希望 <input type="checkbox"/> 利用中 ※訪問調査を実施するにあたり、介護サービスを利用する日又は曜日をご記入ください ・デイサービス () ・デイケア () ・ショートステイ () ・小規模多機能型居宅介護 ・通い () ・宿泊 () ・その他都合の悪い日 ()
訪問調査確認	
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住所地) <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(息子、娘宅等) (住所 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">様方 Tel</div> <div style="text-align: right;">続柄</div>)
主治医確認	
受診状況	<input type="checkbox"/> 定期受診(次回 月 日受診予定) <input type="checkbox"/> 最近受診していない(概ね2ヶ月以内受診なし) <input type="checkbox"/> 主治医がない
備 考 (留意事項等がありましたらご記入願います)	

※上記に記載がない場合は窓口で確認をお願いします。

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の場合は、健康保険証の写しを添付してください。

※申請者記載不要

項 目	窓口処理欄	介護保険事務所処理欄
被保険者証回収状況	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未回収(後日送付) <input type="checkbox"/> 紛失等により未回収	/
資格者証発行状況	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 発行済
ライフパートナー入力	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 入力(確認)済