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

/ Срид	ПШЧЦД	、耿中町村園	到水11 口 日	上生日	俅			_			ſ					
次の	次のとおり申請します。						申請	青年月日		<u>-</u>	年	月		日		
	被保	険者番号							個	人番号						
	医療保険	保険者名				保	:険者	脊番号								
		被保険者証	正記号				番号	<u>1</u>				枝	番			
	フ	リガナ		•			4	年 齢	-				· ·			
被	氏	名							生生	年月日	明・カ	・・昭	套	Ē	月	B
保	住	所	₹	_				4	話		(Ì)			
,.	申請	清 区 分	新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ・ 転入 ・ 要支援者の要介護新規													
	371 AF	*更新・区分変更 申請の場合のみ 記入	要介	↑護状態 区	5分 1	• 2	2 •	3 •	4	• 5	萝	更支援状	態区分	1	• 2	
険	認前 定回 のの		有	効 期	間		年	月		日 ~		年	月		日	
	結要 果介 等護	※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」の場合、申請日 年 月 日													
者	変更申	申請の理由	*区分変更申請・要支援者の要介護新規の場合のみ記入													
	施設入所、 入院の有無 *現在入所・入院している 場合のみ記入		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)													
			病院名								入院日		年		月	日
				(劣	寿棟	K	当	号雪	室)	退院見込	込み日	年		月	目
	調査時	の同席	する・	しない		者の氏との関係		<u>)</u> がす そ名			(1	日中連絡	可能	な電話)	番号
	申請書		フリカ・ナ				1					本	人との		•	
*本人の場合は記入不要 氏名							電話		())		関 係				
Н	提 名 称 出事 名 称 代業 ————————————————————————————————————		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)													
î	大者 省	住 所	₹	_							電話		()		
主治医 の氏名						B	医療機関	名	専門科名			所在地		市・	町·村	
2号	被保険	者(40歳ね	から64	歳の医療	保険加	(入者)	のみ	記入								
特定疾病名																
介	進サート	ビス計画又に	は介護日	がけー	ビス計	画を作	成する	ろために	必更	見があると	きは、男	京介護	認定•要	ī 专採	認定	にかカ

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。

巾町受付印	介護保険事務所受付印

◎記入してください。

	□ 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)								
	□ 利用希望								
	□ 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(
サービス利用の状況	・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									
	口 自 宅(住所地)								
	□ 自宅以外								
	□ 入院中 □ 施 設								
▋ ┃ ┃ ┃調査実施場所	□ その他(息子、娘宅等)								
四月五八元。377		$\overline{}$							
	住所								
	様方 Tel 続柄								
主治医確認									
	口 定期受診(次回 月 日受診予定)								
受診状況	□ 最近受診していない(概ね2ヶ月以内受診なし)								
	口 主治医がいない								
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お願いします。

※申請者記載不要

一个中间有记载/	l ` 女			
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	□ 済 □ 未回収(後日送付)			
版体院省証色农状况	□ 紛失等により未回収			
資格者証発行状況	□済	□ 発行済		
アドワールド入力	□入力	□ 入力(確認)済		
医療情報欄	□ 記載確認	□ 記載確認済		