

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

小浜市長 様

調査票済	意見書済	入力済

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	0 0 0 0	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	大・昭 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	有効期限 令和 年 月 日から令和 年 月 日										
			転出元自治体(市町村)名 []																			
		※14日以内に 他自治体から 転入した者 のみ記入	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ヶ月間の 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・医療機関の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
介護保険施設・医療機関の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
有・無 (いずれかに○)										介護保険施設・医療機関の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日												

提 出 代 理 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・診療科名								
	所在地	〒										電話番号() -								
	最終受診日	月 日				次回受診予定日	月 日													

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、および主治医意見書を小浜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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師また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

介護保険被保険者証を添えてご提出ください。
裏面の記入もお願いいたします。

代理人氏名

確認事項

① 被保険者氏名 _____

② 現在の所在 自宅 (住所 _____)

※介護保険証記載の住所と異なる場合のみ記入

病院・施設 (名称 _____ 階 _____ 室 _____)

③ 訪問調査日程調整の連絡先 (平日日中に連絡のつく電話番号をお願いします)

氏名 _____ 続柄 _____

TEL① _____ TEL② _____

※立会者が上記の方と異なる場合のみ → 氏名 _____ 続柄等 _____

④ 月～金曜日のうちで、訪問調査に都合の悪い曜日・時間帯

月	火	水	木	金
～	～	～	～	～
：	：	：	：	：
：	：	：	：	：

⑤ サービスの利用 (当月の一日の利用回数を記入)

訪問介護

月	火	水	木	金	土	日

訪問看護

月	火	水	木	金	土	日

通所介護 (デイサービス・デイケア) 等

月	火	水	木	金	土	日

短期入所 (ショートステイ) 等

(月 日 ～ 月 日)

福祉用具等のレンタル 有 () ・ 無

その他のサービス (オムツ等) 有 () ・ 無

⑥ 特記事項

★身体・生活・認知機能や病気の状態など	★家族状況 (同居の有無、支援状況)
★今後利用していきたいサービスなど	
★その他 (現在入院中の場合は、退院・転院の目処など)	