

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

愛南町長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号				個人番号					
フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	西暦	年	月	日
氏名	氏	名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
住所	〒		電話番号		-	-	-		
			<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村			
医療保険	保険者名				保険者番号				
	被保険者証	記号			番号			枝番	
被保険者	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		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	有効期限 開始 令和 年 月 日 ~ 終了 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
			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		令和 年 月 日		
過去6か月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	<input type="checkbox"/> 有	介護保険施設等の名称			所在地				
		期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 無	介護保険施設等の名称			所在地				
		期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日				
		医療機関等の名称			所在地				
		期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日				
	医療機関等の名称			所在地					
	期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日					
提出代行者	名称			種別	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		
	住所	〒		電話番号		-	-	-	
		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村				

主治医	主治医の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	主治医氏名	医療機関名	
	住所	〒	電話番号	
		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村

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の介護保険事業の適正な運営のため必要であるときは、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、及び主治医意見書は愛南町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も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 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

認定調査連絡票(新規用)

迅速・正確に訪問調査を行うために、できるだけ詳しくご記入いただきますようお願いいたします。
連絡先は、日中連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。

家族の状況		<input type="checkbox"/> 独居		<input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ)		<input type="checkbox"/> 同居(その他)	
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院	病院名		病棟		
	<input type="checkbox"/> その他	施設名・住所・氏名・電話番号等					
						階	号室

家族等の立ち合い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	フリガナ 家族等氏名		本人との関係
家族等の住所	<input type="checkbox"/> 本人と同住所		日中の連絡先	
調査希望 (希望日、都合のよい時間帯・曜日等)				

認定結果通知書・被保険者証 送付先住所 <small>(住民票の所在地以外に送付希望がある場合のみ)</small>	送付先住所	〒
	送付先氏名	

介護(予防)サービスの利用希望のある場合は、利用希望サービス名を記入してください。	
---	--

備考	難聴(有・無)、物忘れ(有・無)、定期的な通院(有・無)
訪問調査を実施するにあたっての留意事項、事前に伝えておきたいこと等があればご記入ください。	

担当ケアマネジャー _____

受付担当者名 _____