

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

赤 磐 市 長 様
次のとおり申請します。

申請年月日： 年 月 日
※特段の連絡等が無い場合、市の受付年月日を申請年月日とする。

申請区分	新規・更新・変更・転入(14日以内の方のみ 転出元市町村名：)										申請中の場合、申請日：)									
被 保 者	被保険者番号										個人番号									
	現在の認定		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					期間		年 月 日～		年 月 日								
	医療保険		保険者名					保険者番号												
			被保険者		記号			番 号			枝番									
	フリガナ										性 別		男 ・ 女							
	氏 名										生年月日		大・昭 年 月 日							
	住 所										電 話 番 号									
	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 他(住所)										電 話 番 号									
過去6か月間の 居所及び期間 (施設・病院・他)		名称 (部屋番号)					期間		年 月 日～		年 月 日									
		名称 (部屋番号)					期間		年 月 日～		年 月 日									
		名称 (部屋番号)					期間		年 月 日～		年 月 日									
		その他 (続 柄)					期間		年 月 日～		年 月 日									

提 出 代 行 者	氏 名 (名 称)		該当に○：家族・地域包括支援センター・指定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・社会保険労務士・成年後見人 担当者名/続柄()									
	住 所		〒 電 話 番 号 (自 宅 携 帯)									

主 治 医	主治医の氏名 (科)					医療機関名				
	所在地					電 話 番 号				
	最終受診日 年 月 日					申請の相談 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 勧められた				

◇**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 ※64歳以下の方は必ず記入してください。

特定疾病名															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請・情報提供同意欄

- * 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時は、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、主治医意見書、赤磐市から提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、赤磐市から地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に写しを交付し、又は提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む)ことに同意します。
- * 更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える時であっても、現在の要介護(要支援)認定の有効期間内であれば延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 (代筆者氏名 続柄)

※裏面もご記入ください。

1. 申請理由（状態変化など具体的に記入）

直近 1 か月以内のけがや病気の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	病 名	
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		

2. 訪問調査について

☆調査は、平日(月～金)9時～15時の間に、1時間程度行います。

調査立会い希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 提出代行者 ・ <input type="checkbox"/> 他 氏名: (続柄:)
連絡先(電話番号)	① ②
調査時の配慮 (難聴・病態等の対応・希望日時)	無 ・ 有 ()

●入院中の場合は、病院関係者に確認しながら行います。必要な場合は、ご家族等に連絡します。

調査日の連絡希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 提出代行者 ・ <input type="checkbox"/> 立会者 ・ <input type="checkbox"/> 他 ※連絡可能な時間帯:
氏名: (続柄:)	電話番号 ① ②
調査後の聞き取り希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 提出代行者 ・ <input type="checkbox"/> 立会者 ・ <input type="checkbox"/> 他 ※連絡可能な時間帯:
氏名: (続柄:)	電話番号 ① ②

3. 利用中のサービスについて

サービス利用なし

サービス等	事業所・病院名	利用曜日	利用時間
<input type="checkbox"/> デイサービス		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(介護・医療)		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 訪問看護(介護・医療)		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 透析等(医療)		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> ショートステイ		利用予定日:	
<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル	介護ベッド ・ 車いす ・ 歩行器 ・ その他 ()		
<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法のサービス			

市確認欄	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他()
	確認者	【 本庁 ・ 赤坂支所 ・ 熊山支所 ・ 吉井支所 ・ 郵送(消印: 月 日)】