

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

城里町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号													
	医 療 保 険	保険者名												保険者番号												
		被保険者 記号・番号		記号								番号						枝番								
	フリガナ												生年月日													
	氏名												性別													
	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												有効期限		から									
			※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 ・ いいえ									
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地												期間		～									
			介護保険施設等の名称等・所在地												期間		～									
医療機関等の名称等・所在地													期間		～											
医療機関等の名称等・所在地													期間		～											

提 出 代 行 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											医療機関名											
	所在地	〒												電話番号									

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、主治医意見書、城里町が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、城里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、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。

本人氏名

要介護認定調査(訪問調査)の実施に係る連絡票(新規・更新・区分変更)

訪問調査は、平日のみとさせていただきます。

順番に調査を行っているため、すぐに伺えない場合があります。

日程調整につきましては、後日、029-353-7125 から連絡が入ります。

連絡が見つからないことが多いため、事前登録をお願いします。



長寿応援課(直通)

被保険者名								
記入者名	本人との関係( )							
担当ケアマネジャー	事業所名( )							
調査実施場所 (現在本人がいる場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (病院名 病棟 ) <input type="checkbox"/> 施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> その他(親族宅等) 住所 ( 宅)							
訪問調査同席の有無 (家族・ケアマネ)	<input type="checkbox"/> 同席する	氏名		本人との関係				
		氏名		本人との関係				
	<input type="checkbox"/> 同席しない ※ 本人のみでも十分に調査ができるものとみなします							
日程調整の相手	氏名※		本人との関係					
	電話番号							
	連絡がとりやすい時間帯 いつでも ・ 頃							
※ 家族等の同席なく、施設や病院での調査をご了承される場合(調査員と施設・病院職員のみ)は氏名欄に施設・病院名をご記入ください。								
在宅介護サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス		<input type="checkbox"/> デイケア			<input type="checkbox"/> ショートステイ		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( 点)					
	サービス 利用日	月	火	水	木	金	土	日
住宅改修歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
認定後保険証等の 送付先	<input type="checkbox"/> 本人自宅			<input type="checkbox"/> ケアマネジャー受け取り				
	<input type="checkbox"/> その他 → 見本ウラの宛先用紙も一緒に提出してください 〒 -							
その他調査に関して 伝えておきたいこと	ペットは飼っていますか? ( 犬・猫・その他 )							
	介護申請のきっかけ、ご病気、既往歴、もの忘れの有無、禁忌とする単語など							