

介護保険 要介護(要支援)認定申請書

我孫子市長あて 次のとおり申請します。

受付印
(申請日)

申請区分 *必ず <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入継続
---	--

介護(介護予防)サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護(要支援)認定の調査内容、認定審査会による判定・意見及び主治医意見書を、市から地域包括支援センター(高齢者なんでも相談室)、居宅介護支援事業者、介護保険施設関係者、居宅サービス事業者等若しくは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。

* に必ず

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ	アビコ タロウ	生年月日	明・大・昭 8 年 1 月 2 日
	署名 (代筆可)	我孫子 太郎		男・女
	住所	〒270-1192 我孫子市我孫子 1858 番地		電話番号 04 - 7185 - 1111
前 回 の 認 定 ※更新・区分 変更の方	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 (2)
	有効期間	令和元年 6 月 12 日 から 令和 2 年 6 月 30 日まで		
	※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		
代 筆 者	フリガナ	アビコ ハナコ	続柄	妻
	氏名	我孫子 花子		
	住所	〒 同上		電話番号 04 - 7185 - 1111
提出代行者 該当に○	高齢者なんでも相談室(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・指定介護養型医療施設・介護医療院 名 称 あびこ居宅介護支援事業所 職員名 我孫子 つつじ			
申請理由	左大腿骨頸部を骨折し、入院中。手術後のリハビリが進み、6月20日に退院予定。身の回りのことはできるようになったが退院後に介護保険のサービスの利用を継続して、リハビリに通いたい。			

■審査会の資料となる「主治医意見書」の作成を依頼する医療機関

医療機関名	あびこ病院	医師名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ○○ 医師
所在地	〒270 - △△△△ 電話番号 04 - ○○○○ - △△△△ 我孫子市我孫子○-△-□	【担当科】	整形外科
定期受診	有・無・ <u>入院中</u>	受診日	前回 年 月 日
		次回	年 月 日

■第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

* 医療保険被保険者証を提示

65歳未満の方は、窓口で医療保険被保険者証を提示してください。ケアマネジャーによる代行申請や郵送の場合は、コピーを添付してください。

■申請情報確認票

調査実施場所 (住所地以外の場合に記入)	施設名等	医療機関・介護保険施設・その他 あびこ病院 (5 階 A 病棟 532 号室)				
	所在地	〒270 - △△△△ 我孫子市我孫子〇-△-□				
予定	●新規・区分変更・更新の調査で、都合の悪い曜日がありませんでしたら下の表に×印をご記入ください。					
		月	火	水	木	金
	午前	×	×	×	×	×
	午後			×		×
《備考》 立ち会う家族がお昼まで就労のため、月・火・木の午後の時間帯の調査を希望します。						
日時調整先	立ち合い	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒ 氏名 (我孫子 次郎) 続柄 (長男)				
		●月～金で、日中(8:30～17:00)連絡のとれる携帯・勤務先等 我孫子 次郎 電話番号 090 - 〇〇〇〇 - △△△△				
		●上の連絡先への電話で、都合が悪い曜日・時間帯がありましたらご記入ください。 月～金の午前中、水・金曜日の午後				
別室での聞き取り希望	(<input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> しない)					
調査員の駐車スペース	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (場所 病院駐車場あり)					
被保険者本人の健康状態	※よろしければ病名を教えてください (左大腿骨頸部骨折、アルツハイマー型認知症) ●本人への告知していない病名 (なし) ●入院中の方 <input checked="" type="checkbox"/> 手術をした、または予定している (令和2年5月9日) (手術部位:左大腿骨頸部) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリを開始している <input type="checkbox"/> 退院は未定 <input checked="" type="checkbox"/> 退院予定あり (令和2年6月20日) <input type="checkbox"/> 転院予定あり (年 月 日) 転院先() ●その他 物忘れがあり、事実と異なることを話すことがある。					
* 訪問日時は、我孫子市職員又は市が調査を委託した事業者から電話連絡します。						

高齢者支援課処理欄 (下欄は記入しないでください)

受付者	身元確認書類	個人番号カード	成年後見人等確認	後見人・保佐人・補助人の身分証	確認者
		介護保険被保険者証・負担割合証		登記事項証明書	
		運転免許証・健康保険証		代理行為目録 (保佐人・補助人は必要)	
		その他 ()		その他 ()	
連絡事項		被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収		