

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。

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

受付印
(申請日)

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、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、我孫子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

記入日: 年 月 日

被保険者	被保険者番号											個人番号																				
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日																			
	署名 (代筆可)											性別	男 ・ 女																			
	住所	〒										電話番号 - -																				
	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 年 月 日 から 年 月 日まで					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 「はい」の場合、申請日 年 月 日															
代筆者	フリガナ											本人との続柄																				
	氏名																															
	住所	〒										電話番号 - -																				
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																															
申請理由																																
名称											印											職員名										

■ 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											医師名																				
所在地	〒										電話番号 - -										【担当科】										
定期受診	有 ・ 無 ・ 入院中					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

裏面の申請情報確認票もご記入ください ⇒

■訪問調査に関すること

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。

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 (階 病棟 号室)				
	所在地	〒 電話番号 - -				
予定	<p>●新規・区分変更の調査で、都合の悪い曜日がありましたら下の表に×印をご記入ください。 (開始時間のめやす: 午前①9:30~②10:30~、午後:①13:30~②14:30~)</p> <p>●更新の調査で、都合の悪い曜日がありましたら下の表に×印をご記入ください。 更新調査は上記時間に限りませんので、ご要望等ございましたら備考欄にご記入ください。</p>					
		月	火	水	木	金
	午前					
	午後					
《備考》						
日時 調整先	立ち合い	無・有 ⇒ 代筆者・それ以外の者() 本人との続柄()				
	●月~金で、日中(8:30~17:00)連絡のとれる携帯・勤務先等 電話番号 - -					
	●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。					
調査員の駐車 スペース	無・有 (場所)					
被保険者本人 の健康状態	<p>※よろしければ病名を教えてください ()</p> <p>●本人への告知していない病名 ()</p> <p>●入院中の方</p> <p><input type="checkbox"/>手術をした、または予定している (年 月 日) (手術部位:)</p> <p><input type="checkbox"/>リハビリを開始している</p> <p><input type="checkbox"/>退院は未定</p> <p><input type="checkbox"/>退院予定あり (年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/>転院予定あり (年 月 日) 転院先()</p> <p>●別室での聞き取りを希望: する・しない</p> <p>●その他</p>					
※特別な配慮の必要がありましたら必ずご記入ください。						

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	代理権の確認	介護保険被保険者証・負担割合証	入力者
		介護保険被保険者証・負担割合証		健康保険証	
		運転免許証・健康保険証		戸籍謄本	
		その他 ()		委任状・その他 ()	
<input type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用 <input type="checkbox"/> 主治医の診察 (4週間以内)			被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 資格者証発行	
連絡事項					