

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

伊仙 町長殿

次のとおり申請します。

申請日：令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		個人番号		
	医療保険 ※該当に印		<input type="checkbox"/> 国民健康保険(町) <input type="checkbox"/> 未加入(生活保護等) <input type="checkbox"/> 鹿児島県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他(保険者名称: 記号番号:)		
	フリガナ		性別 男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和
	氏 名				電話番号
	住 所 (住民登録地)				
	更新申請の 場合のみ記入		現在の要介護・ 要支援認定結果	要介護状態区分 1 2 3 4 5 / 要支援状態区分 1 2	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	転入による 引継ぎ申請 (14日以内に 転入した方)		転出元自治体(市町村)名	<input type="checkbox"/> はい (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ (認定結果通知を受領した場合も含む)	
過去6ヶ月の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の有無		名称等・所在地	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

申 請 者	フリガナ		被保険者との関係		
	氏 名				
	住 所 (住民登録地)		電話番号		
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)			

主 治 医	医師名		医療機関名	
	所 在 地		電話番号	

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

特定疾病名	※保険証の写しを添付してください。
-------	-------------------

同 意	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、本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、本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。	
	<input type="checkbox"/> 【更新申請の場合】申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。 ※同意の場合口欄に印	
本人氏名 _____ 代理 (代筆の場合) _____		

介護保険申請書の添付資料

※ 「調査ができる状況」になってから申請してください。

記入 年月日	令和 年 月 日	記入者 氏名			
本人氏名			電話番号		
			固定電話		
受診予定	【 年 月 日 】又は【申請日から 14日以内 ・ 15日以上】				
現在の状況	1 在宅状況 一人暮らし ・ 高齢者夫婦世帯 ・ その他同居者あり()				
	2 調査先 自宅 ・ 他()				
調査に当たっての留意点	3 入居中 施設名()				
	4 入院中 医療機関名()				
	5 入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	6 状態は 安定 ・ 不安定				
	7 通所サービス利用日(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日)○で囲んでください。				
	※退院又は介護療養型病棟へ転院・転床予定のない方、病状不安定の方の申請はお控えください。				
	1 家族等、調査の際に立会いをされる方はいますか。				
① なし ・本人との電話連絡 (可能 ・ やや問題あり ・ できない)					
・本人との意思疎通 (可能 ・ やや問題あり ・ できない)					
② あり					
		氏名	続柄	電話番号	立会の留意点
1					
2					
3					
2 調査上の留意点 該当するものに○をつけて空欄に具体的に記入してください。					
① 骨折や転倒をしやすい					
② 日内変動がある					
③ 特殊な薬物を使用している					
④ 島口でないと通じない					
⑤ 認知症状がある					
⑥ その他					
3 担当の居宅介護支援事業所					
事業者名				ケアマネージャ 氏名	