

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

徳之島地区介護保険組合 管理者 殿

(経由) 次のとおり申請します

申請者 :

本人との関係 :

申請日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号			個人番号			
	医療保険情報 ※該当に印	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(町) <input type="checkbox"/> 鹿児島県後期高齢者医療保険		<input type="checkbox"/> 未加入(生活保護 等) <input type="checkbox"/> その他 (保険者名称: 記号番号:)			
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名			性別			
	住所 (住民登録地)	〒 -			電話番号		
	前回の要介護 認定の結果等	※介護・要 支援更新認 定場合のみ 記入	現在の 要介護状態区分				
			有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
		※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。 ※該当する場合は□に印				
			<input type="checkbox"/> はい (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ (認定結果通知受領済含む) (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)				
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	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	名称等・所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

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)				
	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	

同 意	※同意の場合□欄に印				
	<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。 <input type="checkbox"/> 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、及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係人、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。				

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 ※保険証の写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

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()			
	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。			
調査 に 当 た っ て の 留 意 点	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
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		