

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

富里市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号				個人番号						
	医療 保 険	保険者名			保険者番号						
		被保険者証	記号		番号			枝番			
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名				性別	男・女					
	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		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2				
					有効期限		年	月	日	から	年
			※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 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日					
介護保険施設の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日								
医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日								
有・無		医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 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						

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、富里市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、富里市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

市役所記入欄：保険証回収

両面、ご記入ください

① 訪問調査時の立ち会いの有無、および立会者への連絡先

ご家族等の立ち会い 有 無		昼間の連絡先電話番号 (確実に昼間ご連絡のつくところ)	
立会者の氏名		自宅	時頃
立会者の住所		携帯	時頃
本人との関係		職場	時頃

(入院中の方は、棟・室番号 _____ 棟 _____ 階 _____ 号室)

② 主治医について

近日、受診の際には、主治医の先生に『介護保険の認定のため、意見書を先生に書いてほしい。』旨をお伝えください。

(外来)前回診察日 月 日	(外来)次回診察日 月 日
------------------	------------------

※この申請書を提出する日を基準にしてください。

③ ケアマネジャーについて (在宅介護の方のみ)

事業所		ケアマネ	
-----	--	------	--

④ 現在、利用されているサービスについて (デイ・ヘルパー・ショート等)

サービスの種類	実施事業所	利用している曜日、時間帯、回数、サービス内容
<input type="checkbox"/> 例 通所介護	<input type="checkbox"/> 〇〇事業所	<input type="checkbox"/> 毎週2回 月、木

⑤ 福祉用具の貸与・購入・住宅改修について

		品 目		
貸 与	<input type="checkbox"/> 例 ベッド・車イス			
購 入	<input type="checkbox"/> 例 シャワーベンチ			
住宅改修	【改修箇所】 <input type="checkbox"/> 例 手すり・段差解消			
有 ・ 無				

⑥ 現在、対象者が住所地以外にいる場合はご記入ください。

別居の子供の家にいる等	電話番号
-------------	------