

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

八幡浜市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号										個人番号																			
フリガナ										生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 西暦		年		月		日									
氏名		氏		名		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																					
住所		〒		-		電話番号		-		-		-		-		-		-											
		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村																									
医療 保 険	保険者名				保険者番号																								
	被保険者証		記号		番号		枝番																						
被 保 険 者		* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		有効期限		開始		令和		年		月		日		～		終了		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。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」の場合、申請日		令和		年		月		日									
過去6か月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無		介護保険施設等の名称				所在地				期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
		介護保険施設等の名称				所在地				期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
		医療機関等の名称				所在地				期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
		医療機関等の名称				所在地				期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
		医療機関等の名称				所在地				期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
		医療機関等の名称				所在地				期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
提出 代 行 者	名称				種別		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院																				
	住所		〒		-		電話番号		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		
		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村																									

主治医	主治医の有無 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	主治医の氏名					医療機関名				
	所在地	〒	-	電話番号		-	-		
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 村		

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、八幡浜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。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

認定調査に係る確認事項等

《被保険者番号》

《被保険者氏名》

申請申込者	《フリガナ氏名》 《続柄》 ※連絡事項があれば記入してください。 []
本人、認定申請の意思確認状況	<input type="checkbox"/> 本人の意思有り <input type="checkbox"/> 家族の希望 [理由:]
本人の現在の状況、困っていること等 (世帯構成(予定も含む)についても記入してください)	
希望するサービス	
調査時の同席の有無	<input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> 次の者が同席します 《フリガナ氏名》 《住所》 《電話番号》 《携帯番号》
調査日時の調整連絡先	<input type="checkbox"/> 本人の自宅 <input type="checkbox"/> 同席者の連絡先 <input type="checkbox"/> その他の連絡先(入院中、ショート利用中等の場合は施設名も記入してください) 《施設名》 《フリガナ氏名》 《住所》 《電話番号》 《携帯番号》 ○ 連絡する時間 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> お昼 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 []
調査日時について	<input type="checkbox"/> いつでも良い(特に希望日はありません) <input type="checkbox"/> 次の日時は都合が悪い <input type="checkbox"/> 次の日時は都合が良い [] [] ※連絡事項があれば記入してください。 []
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 本人の自宅(被保険者証に記載の住所) <input type="checkbox"/> 本人の自宅以外(親族の家など) 《フリガナ氏名》 《住所》 《続柄》 <input type="checkbox"/> 本人の入院先、ショート利用先等 《施設名》 《部屋番号》 <input type="checkbox"/> その他の希望場所 []
介護保険以外のサービスの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []
認定結果について	認定の結果、要支援認定又は非該当となった場合に八幡浜市地域包括支援センターへ情報提供することについて <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
その他特記事項	
市受付者	<input type="checkbox"/> 電話で受付 <input type="checkbox"/> 窓口で受付 <input type="checkbox"/> その他 []