

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

阿久比町長殿

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 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											年	月	日									
	氏名											性別											男	・	女									
	住所	〒										電話番号																						
	前回の要介護認定等の結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間										年	月	日	から	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「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、医療機関等への入院、入所の入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地											期間	～																				
		介護保険施設の名称等・所在地											期間	～																				
医療機関等の名称等・所在地												期間	～																					
医療機関等の名称等・所在地												期間	～																					

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・介護医療院) (続柄)																		
	住所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医氏名											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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

同意署名欄	1. 情報提供の同意	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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、阿久比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、阿久比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。
	2. 延期通知省略の同意	要介護更新認定・要支援更新認定の申請日から 30 日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に結果が通知されるのであれば、延期通知を省略することに同意します。
	被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)	

※入院中・入所中の場合は医療機関名・施設名、個人宅の場合は住所をご記入ください。

訪 問 調 査		
同 席 者	氏名 _____ 続柄 (_____) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 _____
認定調査希望日	<input type="checkbox"/> 希望日あり (_____) / <input type="checkbox"/> 特になし	
訪 問 先	<input type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> それ以外※ ⁴ (_____)	
駐 車 場 (調査員用)	<input type="checkbox"/> 敷地内に駐車スペースあり <input type="checkbox"/> なし → 近隣に駐車する場所 (_____)	
備 考		

★新規の場合は以下もご記入ください。

申 請 理 由	今後利用したいサービスについて
<input type="checkbox"/> 身体的な状況が悪くなったため <input type="checkbox"/> 認知症状が現れたため <input type="checkbox"/> 医療機関から勧められたため (医療機関名 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハ (デイサービス/デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所

具 体 的 状 態

診 断 名	

調 査 日	月 日 ()	:	~	調 査 員	
-------	---------	---	---	-------	--