

介護保険

要介護等認定・要介護等更新認定
区分変更(要支援・要介護)
要支援者の新規要介護認定・転入

申請書

一関地区広域行政組合管理者様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2						
			有効期間 令和 年 月 日 から 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「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日					
	区分変更等の理由 ※区分変更・要支援者の 新規要介護認定申請 の場合のみ記入										
過去6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、医療機関の名称等・所在地		期間		年 月 日～ 年 月 日					
		介護保険施設、医療機関の名称等・所在地		期間		年 月 日～ 年 月 日					
有・無		介護保険施設、医療機関の名称等・所在地		期間		年 月 日～ 年 月 日					

申請者氏名				本人との関係			
提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・指定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	
-------	--

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(支援)等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一関地区広域行政組合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、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。
また、更新申請の場合で、現在の認定有効期間内に認定が行われるときは、申請から30日以内に認定されない場合であっても、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

(裏面)

要介護度を認定するため、担当調査員がご自宅などを訪問し、心身の状態や日頃の生活、家族、居住環境などについて、1時間程度の面接調査を行います。

調査は、平日の午前9時から午後4時の間に行います。

1. 調査日程の連絡先 (平日の午前9時から午後4時の間に連絡が取れる電話番号をご記入ください。)

フリガナ 氏名	続柄	住所 (被保険者の住所と異なる場合はご記入ください)
電話番号		連絡を希望する時間帯
携帯	ア いつでも可	
自宅等	イ 希望有(時 ~ 時)	

2. 調査実施場所 (ご自宅以外の場合、病院・施設等の名称をご記入ください。)

病院・施設等の名称	病院・施設等の住所

3. 調査の立会いについて

ア 希望する イ 希望しない

4. 認知症について

ア あり イ なし

5. 世帯状況 (ご自宅の方のみご記入ください。)

ア 一人暮らし イ 高齢者のみ ウ その他(子供家族等と同居)

6. 利用しているサービス (利用日に○印をつけてください。)

デイサービス・デイケア 月 火 水 木 金 土 日
ヘルパー等訪問日 月 火 水 木 金 土 日
ショートステイ近日利用日 月 日 ~ 月 日

7. 調査に関する特記事項 (調査員に事前に知らせておきたいことなどがあればご記入ください。)

--