

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
- 要介護状態区分変更・要支援状態区分変更

申請書

諫早市長様

※必要事項をチェック・記入してください。

介護保険被保険者証を添えて次のとおり申請します。

申請年月日		令和	年	月	日	
被 保 険 者	被保険者番号					
	フリガナ					
	氏名	個人番号				
		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	年	月	日
		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
	住民票の住所	電話番号				
	調査場所	<input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> ショートステイ先 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> その他 () (滞在期間 年 月 日 から 年 月 日 予定)				
※住民票の住所と同じ場合は、記入不要です。	棟	階	号室	様方	電話番号	
直近の入院等	※過去3か月以内 年 月 日 まで 入院・入所					
前回の要介護認定の結果	状態区分	要介護 (1 2 3 4 5)	要支援 (1 2)			
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日				
変更申請の理由 ※新規・更新申請時は記入不要です。	<input type="checkbox"/> 状態悪化	左に至った経緯				
	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> その他					

提出 代 行 者	本人との関係等	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <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 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 家族 続柄() <input type="checkbox"/> その他 ()			
	氏名(名称)				
	住所(所在地)	電話番号			

※本人の心身の状態を最も把握している医師を記入してください。なお、入院中の場合は原則として入院先の医師を記入してください。

主治 医	主治医の氏名	医師	医療機関名	※入院中でない場合 最終診察日 年 月 日
	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 ※医療保険被保険者証の写しを添えてください。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	

申請に 至った経 緯、 訪問調査 希望日時 等	立会希望有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	立会者氏名	本人との関係 ()
	電話番号 ※できるだけ日中の連絡が可能なものをご記入ください。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先

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・意見及び主治医意見書を諫早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

更新申請について、認定有効期間内に認定を行うことができるときは、申請日から30日を超えた場合でも延期通知を必要としないことに同意します。

※国保 後期 以外	医療保険	保険者名	保険者番号
		被保険者証 記号	番号 枝番

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
- 要介護状態区分変更・要支援状態区分変更

申請書

記入例

諫早市長様

※必要事項をチェック・記入してください。

介護保険被保険者証を添えて次のとおり申請します。

申請年月日	令和 1 年 4 月 1 日
被保険者番号	介護保険被保険者証の番号(右つめ)
フリガナ	イサハヤ タロウ
氏名	諫早 太郎
個人番号	マイナンバー(記入不要)
生年月日	明治 大正 昭和 10 年 10 月 10 日
性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
住民票の住所	諫早市東小路町7-1 電話番号 0957(22)1500
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> ショートステイ先 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> その他 () (滞在期間 平成 31 年 3 月 1 日 から 年 月 日 予定) 〇〇整形外科医院 A 棟 3 階 301 号室 様方 電話番号 0957(XX)XXXX
直近の入院等	※過去3か月以内 令和 4 年 2 月 28 日 まで 諫早総合病院 に入院・入所
前回の要介護認定の結果	状態区分 要介護 (1 2 3 4 5) 要支援 (1 2) 有効期間 年 月 日 から 年 月 日
変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> その他 ※新規・更新申請時は記入不要です。

本人との関係等	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <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 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 家族 続柄(長男の嫁) <input type="checkbox"/> その他 ()
氏名(名称)	諫早 花子
住所(所在地)	諫早市東小路町7-1 電話番号 0957(22)1500

※本人の心身の状態を最も把握している医師を記入してください。なお、入院中の場合は原則として入院先の医師を記入してください。

主治医	主治医の氏名 長崎一郎 ↑フルネームを記入してください 医療機関名 〇〇整形外科医院 ※入院中でない場合 最終診察日 年 月 日
所在地	諫早市〇〇町1-1 電話番号 0957(XX)XXXX

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 ※医療保険被保険者証の写しを添えてください。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	

申請に至った経緯、訪問調査希望日時等	(記入例) 手すりをつけたい 病院から勧められて申請 立会者の仕事が休みのため、木曜、午後の調査希望	立会希望有無	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
		立会者氏名	諫早 花子 本人との関係 (長男の嫁)
		電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 0957(22)1500 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話 090-XXXX-XXXX <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 0957(XX)XXXX

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・意見及び主治医意見書を諫早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。

更新申請について、認定有効期間内に認定を行うことができるときは、申請日から30日を超えた場合でも延期通知を必要としないことに同意します。

本人氏名 ↓被保険者の名前
代筆可 諫早 太郎

↓国保・後期以外の方はご記入ください

療保	保険者名 長崎県市町村職員共済組合 被保険者証 記号 34XXXXXX 番号 XX 枝番 XX
----	--