

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"/> 大正	年	月
	住民票の住所	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		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)			
直近の入院等	※過去3か月以内 年 月 日 まで に入院・入所 棟 階 号室 様方 電話番号				
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 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> その他 左に至った経緯				

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 ※医療保険資格確認書等の写しを添付してください

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、主治医意見書、諫早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、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、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。

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

※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