

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

熊本県山鹿市長 様
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	
医療 保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者証	記号	番号
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
住所		〒	
電話番号			
被 保 険 者	前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要 支援更新認定 の場合のみ記入	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 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。 (既に認定結果通知書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
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日
	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日

申請者	被保険者との関係
申請者住所	〒
提出代行者	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)
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、山鹿市から地域包括支援センター、居宅介護事業者、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

認定調査用資料

対応者
.

※各項目の該当する部分に記入及び該当する□に✓を入れてください。

現在の状況 所在の状況	<input type="checkbox"/> 病院入院中	主治医と介護の相談	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 在宅(有料・GH含む)	病 名		
	<input type="checkbox"/> 施設入所(老健・特老) ()	手術の日程	<input type="checkbox"/> 有 (月 日) <input type="checkbox"/> 無	
		退院の予定	<input type="checkbox"/> 有 (月 日) <input type="checkbox"/> 無	
立ち合い	有 ・ 無	調査員の電話番号 0968-43-1077		
訪問調査日程 調整の連絡先 <small>※調査員からの連絡は3週間以内に連絡します。 ※訪問は、午前は、9時30分から11時30分まで 午後は1時30分から3時00分までの間に行います。1時間程度で終わります。</small>	立会者氏名：		続柄：	
	住 所 〒			
	<input type="checkbox"/> 申請書提出者と同じ			
	電話番号・緊急連絡先		.	
	連絡可能な時間帯		時 ~ 時 <input type="checkbox"/> いつでも可	
本人と立会者の都合が悪い曜日 (病院受診やサービス利用日など) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※土日祝日は、訪問しません。				
日常生活において必要な介護の状況	直接的な原因、主たる疾病および介護の状況 ※新規申請の方は申請の理由をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 物忘れ等 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()	
介護認定後に希望する介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 医師の訪問	
主治医の診察	<input type="checkbox"/> 定期受診中 (過去 月 日・次回 月 日) <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 薬のみ ※不定期・薬のみの方は、受診してください			

介護認定通知書等の送付先について	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> この通知と同じ <input type="checkbox"/> 送付先指定は右記記載 <small>※ほかの介護保険関連の通知書も指定できます。</small>	住所	〒
		宛名	様方
	※ <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 介護認定通知 <input type="checkbox"/> 介護受給者証 <input type="checkbox"/> 介護費給付など		

備考欄	※訪問調査の車両の駐車スペース (有 ・ 無) ※住所地以外での調査訪問を希望する (施設等の住所：) ※本人が席を外された状態で調査員に伝えたいこと (有 ・ 無) ※調査時に配慮すべき事項 (病名や告知の有無など)
-----	--