

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

羽村市長 あて
次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

被 保 険 者	個人番号										申請 区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 転入		
	被保険者番号		0 0 0 0								年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ										生年月日	大・昭 年 月 日		
	氏名										電話番号	- -		
	住所													
	医療 保 険	保険者名	40歳から64歳の 医療保険加入者の方のみ								保険者 番号			
		被保険者証	記号					番号			枝番			
	特定疾病名		40歳から64歳の 医療保険加入者の方のみ											
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果	要介護状態区分	要介護 1		2	3	4	5	要支援 1		2			
		有効期間	平成・令和		年 月 日		～ 令和		年 月 日					
14日以内に 他自治体から 転入した方 のみ		転出元自治体	都・道・府・県					区・市・町・村						
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

主 治 医	医療機関名									医師名 (フルネーム)			
	所在地									電話番号	- -		
	前回受診日	令和		年 月 日		次回受診日	令和		年 月 日				

提 出 代 行 者	フリガナ									被保険者との関係		
	氏名											
	住所									電話番号	- -	
名称 (事業者が提出 する場合)		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・指定介護療養型医療施設・介護医療院										

◆下記の項目に同意いただける場合は口にチェックを入れご署名をお願いします。

<input type="checkbox"/> 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、羽村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、今回の申請の進捗状況（認定調査日、認定審査会の予定日等）について提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> （更新申請の方のみ） 認定結果の通知が申請日から30日を超える場合は、羽村市から被保険者に対して処理見込日及び理由を記載した延期通知を送付しているが、現在の認定有効期間内においては30日を超える場合でも延期通知を送らないことに同意します。	受付日	/	受付者			
	<input type="checkbox"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> ()		代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> ()			
	保険係	資格者証印 済・再 2号・郵	<input type="checkbox"/> ()			
	調査日		/ () 午前・午後 :			
	送付先 送付先確認		有・無 <input type="checkbox"/>		受付印	
意見書 /		市 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/>				
被保険者氏名						
代筆者氏名						
<input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 在宅施設		調査票				

※ 送付先を変更したい場合は届出が必要です。
※ 裏面も記入してください。

申請理由	◆申請のきっかけ、入院理由、前回調査時から変化したこと、日常生活で困っていることなど
生活形態	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他（ ）

本人の所在地	<input type="checkbox"/> 住民票住所地	来訪者駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 住民票住所地外の場所（病院・施設・親戚の家など）			
	施設名・氏名			
	住所			
	電話番号	— —		
	病棟・居室	棟	階	号室
	入院日・入所日	平成・令和	年	月 日頃
退院・退所予定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	令和	年 月 日頃	

◆より正確な調査を行うため、日頃の様子ができる方の同席をお願いします。

認定調査の同席者	<input type="checkbox"/> あり	氏名		続柄	
	<input type="checkbox"/> なし	日中の連絡先	—	—	
希望するサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理 <input type="checkbox"/> 住宅改修（ ） <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入（ ） <input type="checkbox"/> 検討中（ ） <input type="checkbox"/> 施設入所（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
既往歴 持病など	感染症（結核・MRSA・疥癬・水虫等）がありますか。			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）	
調査時に配慮してほしいこと	◆ご本人の前で伝えづらいこと（認知症状や病名の告知など）があれば記入してください。				

(備考)

--