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

羽村市長 宛

次の	とおり申	請します	0									盽	請年	F月 F	3					年		月		日
	介 護	保 険										個	人	番	号									
	被保険	者番号										11111	<u>八</u>	(田)	ク 									
	医保原									保	険	者	番	号										
	保	R 険者証	記		号						番	号								枝	番			
	フリ	ガナ										生	年	月	日				—— 年	•	月			目
	氏									性別				男・女										
被			₹													<u> </u>								
	住	所		電話番号																				
保			* 要 支	更介護 支援更	介護・要 援更新認		要	介護	隻状態	[区	分	1	2	3	4	5	要	支	援状	態区	区分	1	2	
17△			う フ	どの場 と記入	援更新認 の場合の 記入	有	効期	限			年		月		日	カンダ				年		月		目
険		前回の要介護					出元自	治体	(市田	订村)	名 [-]	
者	認定の	の結果等	化	※14日以内に 他自治体から転入した 者のみ記入 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																				
			^=#:	/□ P△+ / -=	en.kk a. i	to shokk	=r.+-1	tla				LV	はい」		合、	申請	日			年	Ē	月		日
	過去6	月間の	一十	休腴旭品	汉寺(グ)	白仦守	・所在は	Ľ						期間	年	Ē	月		日 ~	,	年	J	1	目
	介護保障医療機能	介護保険施設等の名称等・所在地 〒								期間	年	=	月		日 ~		年	F	1	日				
	入院、 有無	人所(7)		' 医療機関等の名称等・所在地									期間	-1		Л		н ле		+			Н	
				T										年	Ξ.	月		日 ~	,	年	J	1	日	
	有	• 無	医療	機関等の	の名称等	筝・所	在地							期間	年	Ē	月		日 ~	,	年	J	1	日
+8		該当に〇(地	地域包	括支援·	センタ・	ー・居	宅介護	支援事	業者・	·指定	介護者	老人福祉	祉施設	・介護	老人你	呆健施	设・介	護国	医療院	()				
提 名 称																								
代 行者	A =C	Ŧ																						
A 住 所 電話番号 電話番号																								
主		主治医の	4	医療機関名																				
	治 医	所 在	土	世 地 電話番号																				
第二	号被保険	者(40歳)	から	64歳の	の医療	京保[ー <u>ー</u> 険加フ	(者)	のる	 み記	<u> </u>													
特定	 疾病名																							

◆下記の項目に同意いただける場合は□にチェックを入れ、署名をお願いします。

□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。

□ (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。

被保険者氏名

代筆者氏名

認定調査に関するアンケート

認定調査を円滑に進めるため、以下の内容に御回答ください。

1. 調査の実施場所を教えてください。

□ 住民票信	三所地 (施設等	等は除く)						
□ 現在入院	足・入所中の組	病院・施設						
電	話番号							
病	埬・居室		棟		ß	上 首		号室
退院	• 退所予定	□あり	(令和	年	月	日頃)	口なり	し・未定
□ その他の)場所(今後)	、 入院・入所 [・]	予定の病院	モ・施設	:、親:	族の家等)	
施設	名・氏名							
	住所							
電	話番号							
入院	・入所予定	令和	年	月		日頃		
2. 調査の同席	 者を教えてく	ださい。						
口あり	氏名					糸	売柄	
□なし	日中の連絡	各先						
4. 感染症の有 □ あり(無(結核・MI	RSA·疥癬)	・水虫等) □ なし		てく	どさい。		
5. その他、調御本人の状	査時に配慮し 態で気になる		•••	•			名の告急	知等)や
(事務処理欄)			受付日	/	, <u></u>			
			本人確認			□個人番号力 療保険証 □		
						員証 □(1	
			保険値調査	系	資 済	員証 □(§者証印 ・ 再 ・ 郵	□委任	代理権確認 £状 □介護 郡