

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

高石市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	被保険者番号		0 0 0 0						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			枝番				
	フリカゝナ		生年月日						年 月 日					
	氏 名		性 別						男 ・ 女					
	住 所		〒 ー						電話番号					
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	※更新申請の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
				有効期限						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「 ー 」						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					
介護保険施設・医療 機関等への入院、入 所の有無		介護保険施設の名称等						期間						
		所在地						年 月 日 ~ 年 月 日						
有 ・ 無		医療機関等の名称等						期間						
		所在地						年 月 日 ~ 年 月 日						

提 出 代 行 者	名称・氏名	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・介護医療院）					
	住 所	〒 ー					
		電話番号					

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名					
	所在地	〒 ー					
		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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、高石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、高石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。

本人氏名

認定調査について

※該当に〇
 〈新規・更新・区分変更〉

要介護認定のために、あなたの心身の状況に関することについて、調査員がお伺いしてお聞きします。認定調査に先立って、次の事項をお聞かせください。

本人氏名	フリガナ		

日程調整を行う方の連絡先	氏名		続柄
	電話番号	① () - ()	自宅・携帯・その他 ()
		② () - ()	自宅・携帯・その他 ()
認定調査時に同席する方	<input type="checkbox"/> いない ※入院中の場合は病棟看護師に聞き取り調査を行いますので、同席者がいなくても大丈夫です。 <input type="checkbox"/> 日程調整を行う方と同じ <input type="checkbox"/> 日程調整を行う方以外 (氏名 _____ 続柄 _____)		
認定調査日時について	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 曜日 ○月曜日 ○火曜日 ○水曜日 ○木曜日 ○金曜日 <input type="checkbox"/> 時間の希望がある (午前9時 ~ 午後5時の間) ○午前 (_____) ○午後 (_____)		
認定調査場所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所 (自宅) <input type="checkbox"/> その他 (名称・住所を下記に記入して下さい) <input type="checkbox"/> 家族の家等 → 住所 _____ <input type="checkbox"/> 施設・入院先の方 → _____ 年 月 日から入院・入所している 病院名・施設名 (住所・電話番号) _____ <input type="checkbox"/> 入院先から移る予定がある方 ○転院・入所等 → _____ 年 月 日頃 病院名・施設名 (住所・電話番号) _____ ○退院予定 → _____ 年 月 日頃 ※退院後の連絡先 (氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____)		
申請理由	主な病名又は症状、サービス利用を希望するに至った理由、日常生活で困っていること等を記入してください。		
※新規・区分変更の場合は詳しく記入してください	利用中・利用希望のサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイリハ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
ペットの飼育	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
その他	その他調査について伝えておきたいことがありましたらご記入ください。		