

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

玖珠町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	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 記号・番号		記号												番号												枝番												
	フリガナ												生年月日												年		月		日											
	氏 名												性 別												男		・		女											
	住 所		〒																				電話番号																	
	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 [
					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											
				「はい」の場合、申請日																				年		月		日												
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地																				期間		年		月		日～		年		月		日						
		介護保険施設等の名称等・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						
		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						

提出 代 行 者	名 称	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）																														
	住 所	〒																				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										

第二号被保険者（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、玖珠町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、玖珠町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

確 認 票

対象者氏名		担当ケアマネ等氏名		TEL :
同居家族等の状況		・ 独居 ・ 家族あり（家族構成：本人、 ）		
本人の居場所	在宅	入院中		入所又は短期入所
	・ 住所地に居ない場合の住所 〒 住所：	病院名： 病 名： 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日 （予定）		施設名： いつから：
	主治医： 次回受診日： 月 日			
その他	持病、調査場所、調査時の聞き取り方法（介護者には別に聞き取ってほしい等） ----- ----- ----- -----			
認知症	有 ・ 無	具体的な症状・問題行動について ----- -----		
利用を希望するサービスや現在の利用状況（利用曜日等）				
調査の立会	無	病院・施設・ケアマネ等に一任（担当者： ） （TEL： ）		
	有	立ち会う人の氏名： （続柄： ） 連絡先（（注）必ず連絡がとれること）：		
結果の送付先	自 宅	住民票のある住所		
	施設等	〒 所在地： 施設名：		
	その他	〒 住 所： 氏 名： （続柄： ）（TEL： ）		