

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

西彼杵郡時津町長 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									
	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・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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、時津町 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、時津町 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

被保険者氏名			
申請者氏名		本人との 関係	
住所	〒 被保険者と同じ 電話番号		

- 調査では、ご家族や介護者の方にご本人の状態をお聞きします。日頃の状態をご存じの方の同席をお願いします。連絡先については、確実に連絡のとれる時間帯及び電話番号をご記入ください。

同 席 者	氏名		本人との続柄	
	住所	被保険者と同じ ・ 申請者と同じ 別住所 []		
	連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先	連絡のとれる時間帯	: ~ :

- 調査場所に○をつけてください。居住地以外の場合は名称・所在地をご記入ください。

【調査場所】	居住地 ・ 入院施設 ・ 入所施設 ・ 住民票の住所と異なる住宅等
【名称】	(入院施設の場合は号室) 号室
【入院・入所期間】	～
【所在地・電話番号】	Tel

- 調査可能な曜日・時間帯に○をつけてください。（詳しい日時はお電話にて相談させていただきます）

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

- 現在利用されている介護サービス・通院状況についてご記入ください。

- ・デイケア、デイサービス利用曜日：
- ・ヘルパー利用曜日：
- ・福祉用具購入、レンタル内容：
- ・定期通院曜日：

- 今回の申請について、連絡事項がありましたらご記入ください。

※新規申請・変更申請は理由をご記入ください。

連絡事項	
------	--