様式第7号(第11条、第12条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | | |  | | | | | | | | | 番号 |  | | | | | | | | 枝番 | | | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年 　 月 　日  (　 　　)歳 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回要介護  認定の結果等 | | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　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  入院入所の  有無  有・無 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | 期 間  年　　月　　日～  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の名称等・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 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

　介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護・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、時津町から介護予防支援事業者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者も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、または認定調査に従事した調査員に提示することについて

・同意する　　　　・同意しない　　　　※どちらかに○をつけてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本人氏名

介護保険　要介護・要支援認定申請書　裏面

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | | |

●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な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】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |

●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** |  |