

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 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

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

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】	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	
------	--