

介護保険認定申請書

※保険者記入欄

処理	申請	Dr. 意見書		認定調査		送付先
	入力	依頼	入力	依頼	入力	入力

筑後市長 様
次のとおり申請します。

申請区分	新規申請 <input type="checkbox"/>	更新申請 <input type="checkbox"/>
	区分変更申請	要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/>

申請年月日： 年 月 日

被保険者	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	
	氏名		性別		
	住所		電話番号 - -		
	上記住所以外で現在滞在している場所		電話番号 - -		
	前回(現在の)要介護認定の結果等	※更新・区分変更申請のとき記入	要支援状態区分 1 2		要介護状態区分 1 2 3 4 5
		※14日以内に他自治体から転入者のみ記入	有効期間		年 月 日 から 年 月 日
	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? はい・いいえ		
変更申請の場合その理由		(すでに認定結果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」の場合申請日 年 月 日			
入院・入所	種別	名称・所在地	期間		
1. 介護保険施設	1・2・3	所在地	入院中・入所中・入居中		
2. 医療機関		名称	年 月 日～ 年 月 日		
3. 入居型の施設	1・2・3	所在地	入院中・入所中・入居中		
※前有効期間内について記入		名称	年 月 日～ 年 月 日		

申請者	申請者氏名	本人との関係	
	住所	電話番号	

代行業者	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) 印
	所在地	電話番号

主治医	主治医の氏名	医療機関名	診療科目	科
	所在地	電話番号		
	最新受診日	年 月 日	次回受診予定日	年 月 日

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 ※必ず記入↓	1. がん(がん末期) 2. 関節リウマチ 3. 筋萎縮性側索硬化症
	4. 後縦靭帯骨化症 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 6. 初老期における認知症
	7. パーキンソン病等 8. 脊髄小脳変性症 9. 脊柱管狭窄症
	10. 早老症 11. 多系統委縮症 12. 糖尿病症(神経症・腎症・網膜症)
	13. 脳血管疾患 14. 閉塞性動脈硬化症 15. 慢性閉塞性肺疾患
	16. 両側の股・膝関節の著しい変形を伴う変形性関節症

受付

※裏面も記載あり

認定調査情報

認定調査同席の有無	有りの場合										
有・無	同席者	フリガナ									連絡先
		氏名	(続柄：)							同居・別居	

※必ず連絡がつくところを記入すること

日程調整連絡先	氏名	TEL	
		連絡がとしやすい時間帯	: ~ :

調査が 困難 な曜日等 (通所・訪問系サービス利用時間を含む)	(○をつけてください)	希望時間に○
	毎週 月・火・水・木・金	・ 9:00~ ・ 10:30~ ・ 13:30~ ・ 14:00~ ・ 15:00~ ・ 特になし
	日付 : _____	

備考・特記事項 該当する状態に○をつけてください ・歩行状態 (独歩・杖・車イス) ・難聴の有無 (有・無) ・物忘れの有無 (有・無) ・生きがいデイの利用 (有・無) ・調査員用の駐車スペースの有無 (有・無) ・希望している介護サービス () ・入院の場合：入院の理由 () ・ショートステイの利用 (有(長期・定期・不定期) ・ 無)	●サービス利用状況		
	サービス種類	事業所名	頻度等
	通所介護		/w
	訪問介護		/w
	訪問看護		/w
	福祉用具貸与		品
	その他		

調査時の留意点

送付先：被保険者の住所以外に送付を希望される場合は記入

入所・入院中の施設等に送付

その他
 ※その他の送付先を希望される方は、送付先変更届を提出してください。
 ※申請者が本人以外で、その他の送付先を希望される方は委任状の提出が必要です。

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・意見及び主治医意見書について、居宅サービス計画、施設サービス計画 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、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者・(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者・介護保険施設・(地域密着型)特定施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院の関係人に、適切な保健医療福祉サービス提供のために必要があるときは主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____