

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

東近江市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---------------|--------------------------------|----|---|--|--|--|--|-----------|--|--------|------|--------|--------|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 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 | | () 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 | | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 | | | | | 要支援状態 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | *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」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 | | 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 | | | | | | | | | | | |

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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・要支援認定に係る調査内容、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東近江市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若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又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

(在宅・施設・入院)

新規・更新・区変・支→新・事→新

要介護認定申請にかかる確認事項 (①～④をご記入ください)

① 利用中の介護サービス (該当する曜日に○をつけてください)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> デイサービス | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| <input type="checkbox"/> デイケア (通所リハビリ) | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| <input type="checkbox"/> ホームヘルプ | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ (利用期間) () | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |

② 退院見込日 ※現在入院中の方は退院見込日をご記入ください

| | |
|-------|----------|
| 医療機関名 | |
| 退院見込日 | 年 月 日(※) |

③ 主治医受診状況

| | |
|------|---------------|
| 頻度 | 月・週に () 回 |
| 受診状況 | 前回 月 日 次回 月 日 |

④ 訪問調査日程調整等

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 調査場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () (自宅の場合) 駐車場 有・無 () ペット(犬、猫等) 有(屋内・屋外)・無 ※有の場合…調査時にはケージや別室への移動をお願いします。 | | | | | |
| 調査希望曜日 ※該当箇所に○ | 午前 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| | 午後 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 立会者 ※連絡先…午前8時30分から午後5時15分の間に連絡可能な連絡先をご記入ください。 | 氏名 | | | | | |
| | 続柄 | | | | | |
| | 連絡先 | | | | | |

※以下市記入欄

受付日 (/) 受付 () (支所)

| | | |
|-------------|--------------------|---------|
| 同意欄署名入力 | | 備考..... |
| システム入力 | | |
| 被保険者証回収 | | |
| 区変理由等確認 | | |
| 滞納 | | |
| 資格者証発行 | | |
| エクセル入力 | | |
| 意見書依頼 (/) | 在 (新 継) 施 (新 継) | |

【調査日程】

| | | |
|---------|--------------|-----|
| 月 日 () | 時 分 (頃 / 指定) | 調査員 |
|---------|--------------|-----|