# 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

豊　富　町　長 様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　令和　　　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 | | | |  | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　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　　平成・令和　　年　　月　　日から令和　　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 令和 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・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、及び主治医意見書を、豊富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。

申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。(更新申請の場合のみ)

本人氏名 （自署は押印不要です。）

代筆者氏名 　　　印（代筆の場合は、代筆者の押印をお願いします。）

認定調査連絡票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | 新規　　・　　更新 | | |
| 調査時の  連絡先 | １ 本人 電話番号 ： （　　　） | | |
| ２ 上記以外 氏名 ：  本人との関係 ：  同居の有無 同居　・　別居  電話番号 ： （　　　） | | |
| 調査時の同席の有無 | １　有（同席者が上記連絡先と同じ場合は右の氏名等省略） 氏名　：  連絡先：  ２　無 本人との関係： | | |
| 調査場所 | １　自宅  ２　病院・介護施設など（申請書の入院・入所先と同じ場合）  申請書の入院・入所先と違う場合の病院・施設名（　　　　 　　　　　　　　　）  ３　その他　（場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | |
| 調査日時 | １　調査日時　令和 年 月 日 ・時間　　時　　分  ２　調査日時の調整がつかなかった時の都合の悪い日  なし ・　　ある※ある場合は下の曜日にも〇をお願いします。  月(午前・午後)、火(午前・午後)、水(午前・午後)、木(午前・午後)、金(午前・午後)  ※原則として、土日祝日及び夜間の訪問調査はできません。 | | |
| 病院受診  関連 | １　病院名  ２　受診日　 令和 年 月 日 ・時間　　時 分  ３　受診形態 定期　・　不定期  ４　受診科 内科　・　外科　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 利用予定の  介護サービス | ヘルパー　　デイサービス　　福祉用具レンタル　　福祉用具購入　　住宅改修 | | |
| 申請理由 |  | 本人意向確認 |  |
| 身体状況  認知機能 |  | | |
| 認定証送り先 | 〒　　　　―  住所  氏名 | | |
| その他 |  | | |