

介護保険(要介護認定・要支援認定・要介護変更)申請書

H28改定

柏市長 あて

※太枠内を記入してください。

前回要介護 状態区分	
---------------	--

次のとおり申請します。なお私は、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(要支援)認定の調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書を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または介護保険施設の関係人に提供することに同意するとともに、今回の要介護(要支援)認定結果を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意し、申請します。(なお、代行申請の場合は、本人及び後見人等の意思を確認の上、申請していることを誓約します)

上記判定結果等の情報の提供に同意しないで申請する場合は、右記にレ点を入れてください。(同意のない場合、ケアプランの作成等にお時間がかかる場合があります)

被保険者 (本人)	被保険者番号	0 0 0	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	フリガナ		性別	男	・	女	
	氏名		電話番号	()	
	住所 (住民票)	〒					

* 申請の際は介護保険被保険者証を添付してください。

提出者	フリガナ		電話番号	()
	氏名					
	住所		被保険者 との関係			
提出代行者 名称	該当に○(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)					
						印

主治医	主治医の氏名 (一名のみ)		医療 機関名	
	住所	〒	電話	()
	介護の意見書作成のための診察を受けて			
			(最終受診日)	年 月 日頃

調査に 関する こと	変更申請の理由				
	調査を受ける所 (ご住所以外で調査を受ける場合ご記入を)	施設名等	医療機関・介護保険施設・その他		
		住所	〒	電話	()
	立会者 及び 連絡先	調査立会	有・無	有 の 時	提出者
				提出者以外()被保険者との関係()	
	調査立会者の日中連絡のとれる携帯、勤務先等				

※ 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は下記をご記入の上、医療保険証を提示してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号 / 番号	
特定疾病名			

受付印	<input type="checkbox"/> 市調査 []
	/ [] 時 分頃
	<input type="checkbox"/> 事業所 _____

【通信欄】

保険証	有・無	受付者		入力者	
				確認者	

受付番号

確認票 有・無

申請情報確認票

認定調査を的確かつ円滑に行うため、本人の状況をお伺いするものです。ご協力をお願いします。

被保険者番号	0 0 0	被保険者氏名	
調査員車両の 駐車場所	無 ・ 有 (場所:)		
申請の理由 (具体的に) 日常できない 事や申請目的			
特に気をつけ て欲しいこと 無 ・ 有 有の場合は、 右側をご記入 ください。	<p>※特別な配慮の必要がありましたら、必ずご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人へ未告知の病名: () ・ 別室での聞き取りを希望: 1. する 2. しない ・ 入院中の方: 1. 状態は安定している 2. 退院は未定 <li style="padding-left: 100px;">3. 今後手術の予定有り 月 日頃 <li style="padding-left: 100px;">4. 退院予定あり 月 日頃 <li style="padding-left: 100px;">5. 転院予定あり 月 日頃 ・ その他 () 		
本人の心身の 状況	<p>※該当する番号に○をつけてください</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 動くのに時間がかかる 2. 人の声が聞き取りにくい 3. 言葉が出にくい 4. 人見知りをする 5. 物忘れがある (ア. 年相応である イ. 認知症状がある) 6. その他 () 		
記入者名	(本人との関係)		
<p>市確認欄 <input type="checkbox"/> 3週間以内に主治医の診察を受けたか <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しているか</p> <p><input type="checkbox"/> 入院中の場合、状況を確認したか (上記内容)</p> <p><input type="checkbox"/> 駐車場所が無い場合、周辺に安全な駐車スペースがあるか</p>			
その他連絡事項			