

市(介・松・北・神・東)／介福／社協

松永医師／むつケア／ああ介／施設／他()

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

福山市長 様 次のとおり申請します。

受付	被保険者証	入力
	有・失・2号 新規	
介護包括・居宅・居宅(予防)・小規模・後日		

受付印

申請区分	新規・更新・区分変更・要介護新規・転入
------	---------------------

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	福山市国保・広島県後期高齢・他()										保険者番号	※福山市国保・広島県後期高齢の場合は記載不要																				
		被保険者記号・番号	番号											記号											枝番									
	フリガナ											性別	生年月日										年齢(申請時)											
	名前											男・女	年 月 日										歳											
	住所 (住民登録地)	〒 -										電話番号 () -																						
	前回認定	事業対象・非該当・要支援()・要介護()										年 月 日～年 月 日																						
申請理由	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										転出元の自治体で申請中の場合申請日 年 月 日													
	※区分変更申請、要介護新規申請の場合のみ記入 具体的な事情がある場合は、以下余白に記入 前回の状態に比べて(改善・悪化)したため																																	

この欄は、本人申請以外の場合、記入してください。

申請提出者	名前又は名称	代行業務所のみ該当する箇所にチェックしてください。(□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□介護医療院)										本人との関係																	
	住所又は所在地	〒 -										電話番号	() -																
	ケアマネ担当者名																												

この欄は、認定審査会の資料となる「主治医意見書」を記入してもらう医療機関の情報を記入してください。

主治医	医療機関名											主治医の名前											最終受診日 予定受診日	年 月 日									
	所在地											電話番号 () -																					

この欄は、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																												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査について	調査場所	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地以外	住所 電話番号() -										様方	あり・なし																											
		<input type="checkbox"/> 病院・施設	入院の場合 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養 階 号室 電話番号() -																																							
	※病院・施設のみ記入		入院(入所)年月日										退院(退所)予定年月日										<input type="checkbox"/> 退院日未定																			
	同席者	<input type="checkbox"/> 同席する	名前										続柄										名前										続柄									
		<input type="checkbox"/> 同席しない	※同席者なしの場合、心身の状態についての聴き取りに対し十分に受け答えができるものとし、本人からのみ聴き取ります。																																							
	日程調整の相手方	フリガナ											調査日の日程調整のため、調査員から事前に電話連絡(原則平日9時～17時)します。電話は申請受付から数日後になる場合があります。状況により、調査日は御希望に添えない場合がありますこと、御了承ください。																													
		名前											電話番号() -										続柄																			
	介護サービス利用や病院受診など都合の悪い日に×や予定を記入		月	火	水	木	金	土	日	その他																																
	本人の状況等 ・調査上の留意点 ・生活でお困りの点 ・希望するサービス ・調査員に特に伝えておきたいこと		<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 有 → (<input type="checkbox"/> 要筆談、 <input type="checkbox"/> 要手話通訳者、 <input type="checkbox"/> 不要) ・ <input type="checkbox"/> 無 ● 別室での聴き取り希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同席者以外の方の聴き取り <input type="checkbox"/> 有 → 名前() 続柄() 電話番号() ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無 ● 未告知の病名 <input type="checkbox"/> 有() ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ここの1か月以内の入退院 <input type="checkbox"/> 有 → 入院期間又は退院日() ・ <input type="checkbox"/> 無																																							
	↓詳細は下記へ																																									
		<input type="checkbox"/> がん等(末期の状態であって、心身の状況が急激に変化する)のため、要介護認定の結果を急ぎます。																																								

調査予定日

調査員名

裏面 同意欄あり 記入済

■同意欄

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、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、福山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、福山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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人署名欄 _____ (代筆の場合でも記入)

(代筆の場合)

代筆者名前 _____

住所 _____

本人との関係 _____

※申請には介護保険被保険者証の添付が必要です。

(被保険者証が交付されている方)