

介護保険〔要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定〕申請書

鳩山町長 宛て

次のとおり申請します。

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										保険者番号									
		被保険者証記号										番号					枝番				
	フリガナ										生年月日										
	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					
											有効期間					年 月 日から 年 月 日					
	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					
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)									
	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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画を作成する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、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

認定申請に関する確認票

申請者様の審査にかかわる大切な資料となります。該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

【訪問調査にかかわる連絡先等について】

連絡先等	①氏名	※本人との関係 ()	電話番号	()	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 時間帯	職場 時頃
	②氏名	※本人との関係 ()	電話番号	()	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 時間帯	職場 時頃
	被保険者家族構成					
調査場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	病院・施設名			病棟・号室	
	※調査場所が病院・施設の場合は記入してください。 〈担当者〉 ※担当ケアマネジャー・相談員等 〈施設・病棟等の電話番号〉 ()					
立合希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	立合者 ()	本人との関係 : ()			

【申請理由について】

- 医療機関からのすすめ ご病気等があり、日常生活において困っている。

※上記にかかわる具体的な症状（認知症、排泄についての不安など） ・ 申請に至るまでの入院歴 ・ 前回調査時との状態の変化の有無等

【現在の状況について】

- 病院に入院中 退院の予定がある（退院予定日 年 月 日）
 自宅で生活している。 介護施設に入所中。（施設名：)

【介護サービスの利用意向について】

- デイサービス ホームヘルプ 訪問看護 ショートステイ
 福祉用具貸与等 施設入所 住宅改修 その他 ()

【上記サービスの利用時期について】

- すぐに使う予定がある 近い将来利用する 現在利用予定はない

【その他（事前の伝達事項、現在の介護サービスの利用状況・回数等）】

--

※町記入欄

住基情報入力 (TKC)	審査会個人情報入力 (iRabit)	申請受付入力 (iRabit)	医師の意見書 送付	訪問調査依頼書 送付
資格者証 送付	ケアプラン受付	結果通知 送付	保険者証 送付	