要介護認定・要支援認定

介護保険

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

茨城県稲敷郡河内町長　様

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 | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | 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 　 年 月 日 から 　 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　　　　　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・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、河内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。

本人氏名

こちらもご記入ください

訪問調査について

|  |  |
| --- | --- |
| 調査日程連絡先  ※後日、日程調整のご連絡をいたします。 | 日程調整をする方の連絡先  　□　本人　　　　　　　　　　□　申請者  　□　その他（氏名：　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　） |
| 日中連絡のとれる時間帯等  　□本人または申請者の電話番号  　□別の連絡先　　　自宅　　　　　　（　　　）  　　　　　　　　携帯電話　　　　　　（　　　）  　　連絡のとりやすい時間帯：　午前・午後　　　時～　　　時 |
| 立ち会いは希望されますか？ | □　希望する　　　　　　　　□　希望しない |
| 調査日程  について | ※　平日9:00～17:00までを原則とします。  都合のよい日時  　□　いつでも可  　□　曜日・時間指定（　月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金　）  　　　　　　　　　　　　　　午前・午後　　　時～　　　時  　□　その他（電話にて相談） |
| 調査時に  配慮すること | □　本人が居ない場所での聞き取りを希望  　□　病名を言わないでほしい  　□　その他： |

※　認定結果・介護保険証送付先をご本人の住所と異なる住所を希望する場合に記入してください。（□介護保険料納付書通知等の送付も希望する）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送付先 | ﾌﾘｶﾞﾅ  宛名氏名 |  | 被保険者  との続柄 |  |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | |