

介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

喜界町長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	5 2 9 0 0	個人番号																
	医療保険情報 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 喜界町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 鹿児島県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入(生活保護受給者等)			<input type="checkbox"/> その他(保険者名称: _____ 記号番号: _____)														
	フリガナ																		
	氏 名	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日																
		性 別	男 ・ 女																
	住 所	〒 鹿児島県大島郡喜界町大字 電話番号 _____																	
	前回の要介護認定の 結果 *要介護・要支援更新の場 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													
		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ヶ月の介護 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														
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・介護療養病院)														
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____														
	担当者氏名															

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

※保険証の写しを添付してください

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、主治医意見書、喜界町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、喜界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、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。

本人署名 _____

代筆者署名 _____

【町記入欄】

認定調査連絡票

記入者氏名 _____

※(☑してください)

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅(独居・夫婦世帯・その他家族あり) <input type="checkbox"/> 施設等 <input type="checkbox"/> 病院			
訪問調査先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関(病院 病棟) <input type="checkbox"/> 施設等(名称) <input type="checkbox"/> その他(住所)			
	氏名	電話番号	住所(※ケアマネは事業署名を記入)	調査立会
キーパーソン	続柄 ()			有・無
※ケアマネージャー				有・無
※上記以外の立会者			本人との関係	

◆現在のサービス利用状況

※いない場合は記入不要です

	事業所	利用曜日	時間帯
ヘルパー		月・火・水・木・金・土・日	
訪問リハ		月・火・水・木・金・土・日	
訪問看護		月・火・水・木・金・土・日	
往診		月・火・水・木・金・土・日	
デイサービス		月・火・水・木・金・土・日	
デイケア		月・火・水・木・金・土・日	
ショートステイ		月・火・水・木・金・土・日	
その他			
住宅改修	有・無	福祉用具レンタル	

◆心身の状態と申請理由 (いつ頃、何があり、どのような問題があるか等、具体的に)

希望する介護サービス

◆調査にあたっての留意事項 (配慮が必要な場合に記入してください)

本人の状況	視力		意思の伝達	
	聴力		認知症状等	
その他、特記すべきこと				

介護保険事務の円滑かつ正確な進行のため主治医への情報提供に同意します。

本人署名 _____

代筆者 _____

更新申請の場合	申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間であれば認定延期通知の省略に同意します。(同意します・同意しません)
---------	-----------------------------------------------------------------