

介護保険 要介護認定・要支援認定
《 新規・更新・区分変更 》 申請書

受 付
年 月 日

久米南町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		6	6	3	個人番号										
	医療 保険	保険者名					被保険者番号									
		被保険者証	記号					番号				枝番				
	フリガナ						生年月日		明・大・昭		年		月		日	
	氏 名						性 別		男		・		女			
	住 所		〒709-36 久米郡久米南町													
			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・ 医療機関等への 入院、入所の状況		有・無														
		介護保険施設・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								

訪問調査実施の際、立会い 希望の有無(○をつけて下さい)	・希望する	立会人氏名				間柄 ()				
	・希望しない	連絡先(平日の 8:30~17:15 に連絡可能な番号を記入してください。)								

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

医療保険者名					医療保険被保険者証 記号番号					
特定疾病名										

*こちらの面もご記入ください

現在の状況

<p>本人の状況</p> <p>(最近の様子をご記入ください。区分変更申請の場合は、悪化・改善の状況をご記入ください。)</p>	<p>現在どちらにいらっしゃいますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> 入院・入所(施設名 _____、病室等 _____ 号室)</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅</p> <p>住所 _____ 電話番号 _____</p> <p>居宅様方氏名 _____ (_____)</p> <p>現在の様子等</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>現在使用中のサービス</p> <p>または</p> <p>今後利用希望のサービス</p>	<p><input type="checkbox"/> 訪問介護 利用曜日(_____) 利用時間(_____ ~ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 利用曜日(_____) 利用時間(_____ ~ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> デイサービス 利用曜日(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> デイケア 利用曜日(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> ショートステイ 利用日(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具(_____) <input type="checkbox"/> 住宅改修(_____)</p>
<p>認定結果等送付先</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 表面提出代行者住所</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>名前 _____</p>

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、久米南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、久米南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。

本人氏名