介護保険　　　　　　　　　　　　　　　　　申請書

要介護・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受領印の日付 | 年　　　月　　　日 | |
|  |  |  | 申請年月日 | ○○年　○○月　○○日 | |
| 申請書を提出した人または提出代行者名称 | 該当に〇（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）  栗東　花子 | | | | 被保険者との関係  （提出代行者は記入不要） |
| 長女 |
| 市記入欄　※コードを記入 |
| 住　　　所 | 〒520-3015 | 電話番号　　　077－○○○－○○○○ | | | |
| 栗東市安養寺1丁目13-33 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | ○○○ | | | | 保険者番号 | | | ○○○○○ | | | |
| 被保険者 | | 記号 | ○○ | | | 番号 | | ○○○○○○○ | | | 枝番 | ○○ |
| フリガナ | | リットウ　タロウ | | | | | 生年月日 | | | 昭和○○年○月○日 | | | |
| 氏　　名 | | 栗東　太郎 | | | | | 性　　別 | | | 男 | | | |
| 住　　所 | | 〒520-3015　　栗東市安養寺1丁目13-33 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 | | | 077-○○○-○○○○ | | |
| 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 | | |  | | | | |  |  | | |
| 有効期間 | | | | | から |  | | |
| ⋇１４日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | | | 転出先自治体（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ヵ月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無（短期入所を除く）　　　・　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  ○○病院 | | | | | | 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 | | | | | | | |

栗東市長　あて

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 | 栗東　太郎 | 医療機関名 | ○○病院 | |
| 所　在　地 | 〒520-○○○○ |  | |  |
| 栗東市安養寺○○-○○ | | | |
|  | 電話番号　077-○○○-○○○○ | | |

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 |  | | |

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・意見および主治医意見書を、栗東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も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また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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 資格者証 | 意見書 | 訪問調査 |
| 回収済 調査時回収 紛失 | 済　　調査時 | 受付時 更新 病院〒　　／ | ／　　　　時～　　　　　さん |

①　　新規申請の方は必ずご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請理由 | ・身体の衰えにより | 至急　・　認定後 |
| ・病院のすすめで |
| ・デイサービス・ヘルパーなどを利用したい |  |
| ・福祉用具を使いたい |
| ・住宅改修をしたい |
| ・施設（療養型・老人ホームなど）に入所したい |
| ・紙おむつを受給したい |
| ・その他　【　　　　　　　　　　　　　　　】 |

②　　訪問調査の連絡先・日程について（月～金曜日の8:30～17:15に連絡のできる所）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先氏名 |  | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅・勤務先・その他【　　　　　】 | | （　　　　）　　　　－ | |
| 携帯番号 | |  | |
| 連絡時間帯 | ：　　　　～　　　　：　　　　　まで　・　頃　・　以降 | | | |
| 調査に家族等が  同席されますか？ | ・　同席する  ・　同席しない | 同席される方のお名前  （本人との関係） | | （　　　　　　　　） |
| 調査希望日 | 月　・　火　・　水　・　木　・　金　　その他【　　月　　日　（　　　）】  ★ご本人同席で調査させていただきますので、必ずご本人の都合のいい日をご  　記入ください。  ★調査日より前1週間同じ所でお過ごしされた状況で調査を行います。  　病院や施設（ショートステイを含む）へ入退院（所）された場合は、調査を  　行えないことがありますので、お知らせください。  ショートステイ等利用予定日　＜　　　月　　　日　　～　　月　　　日　＞ | | | |
| 調査希望時間帯 | 午前　・　午後　　　　：　　　　ごろから | | | |
| 調査場所 | 自宅　・　その他【　　　　　　　　　　】 | | | |
| 駐車場の有無 |  | | | |

調査日　　：　月曜日～金曜日　（祝祭日、12/29～1/3は除く）

調査時間　：　9：00～11：00　・　13：30～15：00の間に開始します。

（調査には、1時間～1時間30分ほど要します）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市役所確認欄 | 受付者 | 収納 | 制限 | サービス利用 |
|  | 完　・　滞 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 個人番号記入 | 個人番号写し | 本人確認 | 代理人確認 | 委任状 |
| 有　・　無 | 有　・　無 | □免・□旅  □マ・□その他  （　　　　　） | □免・□旅  □マ・□その他  （　　　　　　） | 有　・　無 |