

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

生駒市長様

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									
		被保険者記号・番号					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日					明・大・昭 年 月 日(歳)					
	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1 要支援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					
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の有 無					介護保険施設等の名称等・所在地					期間					~						
					介護保険施設等の名称等・所在地					期間					~						
					医療機関等の名称等・所在地					期間					~						
					医療機関等の名称等・所在地					期間					~						
有・無					医療機関等の名称等・所在地					期間					~						

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									

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、主治医意見書、および照会に基づく認定の進捗状況を、生駒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、認定調査に従事した調査員、又は関係者へ提供することに同意します。

本人氏名 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査連絡票

※認定調査の連絡先について記入してください。(平日の昼間連絡のとれる電話番号をご記入ください)

※調査日時が決まりましたら、他の同席される方にお伝えください。

被保険者氏名	新規・更新・変更		
	介護度	期間	～

連絡先	フリガナ				
	氏名	本人との関係			
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
	連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> いつでもよい	<input type="checkbox"/> 午前	時頃	<input type="checkbox"/> 午後

訪問先住所	<input type="checkbox"/> 本人自宅	住所			
		駐車スペースの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	<input type="checkbox"/> その他	住所	※表札の名前が異なる場合は、記載してください→()様		
		訪問先名			
		電話番号	()		

※入院中の場合は、下記を記入してください。

- 概ねの退院予定日
- 退院後の方向性は決まっていますか? いいえ はい (在宅介護・施設入所・その他)

認定調査日時について	訪問の日時について、都合の悪い曜日・時間帯があれば×をつけてください。						※調査日時は、平日の9時～17時の間をお願いします。
		月	火	水	木	金	
	午前						
		午後					
<input type="checkbox"/> 特になし							

認定調査時に同席される方はいますか?	<input type="checkbox"/> いる	同席者氏名		本人との関係	
	<input type="checkbox"/> いない				
	※当市では認定調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。できるだけご協力をお願いします。				

◆申請に至る経緯・理由や認定調査に関して事前に伝えておきたいこと等を記入してください。

◆現在のサービス利用状況について

現在利用しているサービスはありますか? なし あり ()