

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

※右の該当するものに「レ」点をつけてください。

- 新規 更新 区分変更(要介護・要支援状態)
 新規(要介護・要支援者の区分変更) 転入による申請

土佐清水市長 様

(変更申請:認定有効期限の 61日以前 60日以内)

次のとおり申請します。 ※被保険者証を提示してください。

年	月	日	申請
---	---	---	----

被保険者(申請者:認定を受けようとしている方)	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日	(年齢 歳)					
	氏名											性別	男	・	女							
	住所 (住民登録地)	〒 - 土佐清水市										電話番号	-	-								
	入院・入所 または 寄留先住所 (現在、上記住所に居住していない方は、実際の居住地等を記入してください)	医療機関・施設名										寄留先(〇〇様方)										
		住所	〒 -										電話番号	-	-							
		期間	年 月 日 ~ 年 月 日										(退院・退所の予定: 有・無)									
	前回の要介護認定の結果	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
	※新規申請は記入不要	認定有効期間										年 月 日 ~ 年 月 日										
	変更申請の理由		※現在の要介護状態区分の変更申請をする方は記入してください。(要支援者は除く)																			

代行・代理申請人	提出代行(代理)者名称・氏名	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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)										申請者との関係	
	住所・所在地	〒 -										電話番号	-

主治医	医療機関名											主治医氏名 ※フルネームで記入										
	受診(予定)日	年 月 日 受診・予定										診療科	科									
	所在地	〒 -										電話番号	-	-								

加入医療保険情報	<input type="checkbox"/> 土佐清水市国保 <input type="checkbox"/> 高知県後期高齢者医療 (左記以外の場合は下記に記入か写し添付) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 前回の申請から変更なし <input type="checkbox"/> 保険証等写し添付(記載不要)																					
	医療保険者名											医療保険被保険者証 記号番号枝番										
	医療保険加入日	年 月 日										特定疾病名 (40歳から64歳までの方のみ)										

裏面につづきます。

訪問調査について	立会希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	調査立会者	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人 <input type="checkbox"/> その他の方(下記に記入してください) <input type="checkbox"/> 未定(連絡時に調整) 氏名: _____ (申請者との関係 _____) 電話: _____ (日中に連絡がつくものでお願いします)
調査日の都合等	(サービス利用日、通院日等で都合が悪い曜日や立会者の都合等があれば記入してください)	

その他特記すべき事項	(最近の入所・入院状況、疾病・認知症の状況等、サービス利用状況等留意すべき事項があれば記入してください)
------------	--

送付先変更	(<input type="checkbox"/> 介護保険関係全て <input type="checkbox"/> 認定結果のみ) ※記載がない場合は、住民登録地の本人あてに送付します
	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人 <input type="checkbox"/> その他(下記に記入のとおり) <input type="checkbox"/> 寄留先(本人あて) 〒 _____ 電話番号 _____

同意欄	<p>①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土佐清水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又は認定調査に従事した調査員に提示すること。</p> <p>②公的機関が、介護予防・生活支援等の事業を実施するために必要があるときは、関係機関の職員に介護認定及び受給者情報等必要な情報を提供すること。</p> <p>③更新申請において、認定有効期限内に更新申請認定結果がでる場合は、延期通知書を送付しないこと。私は上記①②③に同意いたします。</p>
	被保険者氏名: _____ 代筆者: _____ (続柄: _____)

※市役所処理欄 (受付番号: _____)

受付	本庁 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/>	入力	調査員	受理年月日
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 未収	意見書依頼	調査日時	
	<input type="checkbox"/> 調査時回収 <input type="checkbox"/> 再交付申請書			
資格者証交付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 在宅・継続	
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 調査時		<input type="checkbox"/> 施設・新規	
				<input type="checkbox"/> 施設・継続