

介護保険 要介護(更新)認定・要支援(更新)認定 申請書

芳賀郡茂木町長
古口 達也 様

※太枠内を記入してください。
※申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記入不要

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名	本人との関係	
	住所	電話番号	
		連絡時電話番号	
提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)	
	住所	電話番号	

被 保 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				
		被保険者証	記号		番号		枝番		
	ふりがな				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	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		介護度 ()	期間 令和 年 月 日～令和 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？ (既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択) [はい ・ いいえ]		
	過去6カ月間の 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			期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日			
			所在地			令和 年 月 日～令和 年 月 日			
有 ・ 無		医療機関等の名称等			期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日				
		所在地			令和 年 月 日～令和 年 月 日				

主治医	主治医氏名	医療機関名	
	所在地	電話番号	

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

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等の介護保険事業の適切な運用の為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、茂木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に同意します。

本人氏名

介護保険申請時確認事項

申請区分・理由	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 心身の状態悪化 <input type="checkbox"/> 病院(主治医)から勧められた { <input type="checkbox"/> 更新申請(前回認定からの大きな変化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)※有の場合は状態を記入 <input type="checkbox"/> 変更申請(心身の状態悪化等) }	
現在利用中サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~ 事業所: <hr/> <input type="checkbox"/> 訪問看護 利用日:月・火・水・木・金・土・日 時間: ~ 事業所: <hr/> <input type="checkbox"/> 通所介護 利用日:月・火・水・木・金・土・日 事業所: <hr/> <input type="checkbox"/> 通所リハ 利用日:月・火・水・木・金・土・日 事業所: <hr/> <input type="checkbox"/> 短期入所 利用日:月・火・水・木・金・土・日 事業所: <hr/> <input type="checkbox"/> 福祉用具 品 目: <hr/> <input type="checkbox"/> その他 障害福祉サービス等(有・無) <hr/> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">※有の場合は詳細を記入</p>	
その他特記事項	現在の心身状況について <hr/> 認知症状について	サービス利用希望の有無 <hr/> その他(調査時注意事項等)
調査立会希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 立会希望者の連絡先 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ (日中連絡可能な電話番号を記入)		