

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

白岡市長 行

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

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 記号・番号		記号												番号												枝番		
	フリガナ												生年月日		年 月 日															
	氏名												性別																	
	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												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 有無		介護保険施設等の名称等・所在地 〒												期間		年 月 日 ~ 年 月 日													
			介護保険施設等の名称等・所在地 〒												期間		年 月 日 ~ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地 〒													期間		年 月 日 ~ 年 月 日															
有 ・ 無			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											

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、白岡市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、白岡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、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

申請情報確認票

それぞれの項目にご記入いただき、該当するものにチェック✓をお願いします。

認定調査を的確かつ円滑に行うため、本人の状況をお伺いするものです。ご協力おねがいします。

認定調査日	※認定調査は、原則平日の日中で行います。 ※入院中の方など状態が不安定な場合は、状態が安定されてからの調査になります。 希望する曜日・時間帯の指定があれば記入してください。 ・希望する曜日： 月 火 水 木 金 ・希望する時間帯： 午前 / 午後 調査日： 月 日 () 午前・午後 時 分 ()			
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設や病院 名称： 階 病棟 号室	立会い者	本人との関係： (同居・別居)	
連絡先	※ 平日の日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () 電話 ()			
調査員の 駐車場所	敷地内・自宅前・その他()			
利用しているまたはこれから利用を希望するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)	週 回	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	週 回
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	週 回	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア)	週 回
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	週 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	品目
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	週 回	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	品目
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	週 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活(療養)介護	月 日	<input type="checkbox"/> 紙オムツの給付 <input type="checkbox"/> 緊急通報システム	
	<input type="checkbox"/> 施設入所	その他：		
入院中の方	1. 状態の安定性	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定		
	2. 退院の予定	<input type="checkbox"/> 月 日に(退院・転院)予定 <input type="checkbox"/> 退院は未定		
	3. 手術予定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月 日頃		
特に気をつけて 欲しいこと	※特別に配慮が必要なことがございましたら、ご記入ください。 本人と別室での聞き取りを希望(病気や認知機能の確認等) <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			
	本人へ未告知の病名：			
	その他：			
本人の心身の 状況	<input type="checkbox"/> 治療中の病気など() <input type="checkbox"/> 動くのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 人の声が聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 言葉が出にくい <input type="checkbox"/> 物忘れ ア年相応である <input type="checkbox"/> イ認知症状がある			
送付先	認定結果通知等の送付先が被保険者の住所と違う方は、御記入ください。 住所 〒 氏名			

市確認欄

滞納状況確認 () 個人番号 有 ・ 無

1	受付担当者		確認者		主治医意見書	<input type="checkbox"/> ✓ すること
2	番号記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(代理権の確認()) <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 職権				
3	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 2回目以降のため省略				
4	身元確認	1点確認 ※顔写真の表示があるもの	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()			
		2点確認 ※顔写真の表示がないもの	<input type="checkbox"/> 国民健康保険等の被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険日雇特例被保険者手帳 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()			