

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

要介護認定申請書R6.4.1

[新規 ・ 更新 ・ 変更 (いずれかに○)]

(あて先) 立川市長
次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

認定を受けようとする方(被保険者)	フリガナ 氏名		介護保険被保険者番号	0 0 0 0								
	個人番号 <small>※記入しなくても受け付けます</small>		生年月日	明・大・昭						年 月 日(歳)		
	住所 <small>※住民登録地</small>		性別	男 ・ 女								
	現在の生活場所 <small>※住民登録地にお住まいでない方 ※入院・入所(通所・短期利用は除く)されている方</small>	現在お住まいの住所 病院・施設所在地	電話番号	()								
	医療保険	病院名 施設名	病棟名 電話番号	()								
		入院(所)	年 月 日(頃)から	退院(所) 予定	月 日頃まで / □無 / □未定							
	現在の要介護認定 <small>※更新・変更申請の方のみ</small>	要介護・要支援状態区分 有効期間	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 事業対象者
	現在、介護保険サービスを	<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない	↓申請理由を記入								
	申請理由 <small>※更新申請でサービス利用中の方のみ記入不要</small>	◆治療中の病気、身体の状況、日常生活で困っていること、希望する介護サービスなど◆										

記入された医療機関に、立川市から意見書の作成を依頼します。あらかじめ先生に「意見書の記載をお願いします」とお伝えください。

主治医	医療機関名		診療科		医師氏名	
	所在地	〒				
	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設医)	電話番号	()		
	<input type="checkbox"/> 定期通院・往診 →	最終受診日	年 月 日	次回受診(予定)日	月 日	日

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入し、医療保険証のコピーを添付してください。

2号	特定疾病名	
----	-------	--

この申請書を提出される方が被保険者ご本人以外の場合はご記入ください。

申請書提出者	提出者氏名		ご本人との関係	
	提出者住所	〒	電話番号	()
	提出代行者名称 <small>※事業者が提出する場合</small>	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)		

認定調査に関する希望	調査にご家族などの同席を希望しますか?	<input type="checkbox"/> する / <input type="checkbox"/> しない	調査は平日昼間に行います
	同席される方のご連絡先 <small>※調査日程の調整をします</small>	調査に関する希望 <small>※調査員に伝えておきたい事、配慮してほしい事 ※都合の悪い日</small>	
	フリガナ 氏名	ご本人との関係 ()	
電話番号	() 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先		

署名 (下記に同意します)	本人氏名	代筆者氏名	ご本人との関係 ()
	<input type="checkbox"/> 下記に同意しないので署名しません	受付印(介護保険課)	受付印

介護(介護予防)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又は緊急対応が必要と認められる場合において、要支援・要介護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及び申請者以外の家族の連絡先もしくは契約している居宅サービス事業者を、居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・居宅サービス事業者・介護保険施設の関係者、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等すること、また、高齢者の障害者控除対象者認定にあたり要介護認定情報を調査することに同意します。

--	--