**介護保険**　　　　**認定申請書**

※該当するものをチェックしてください。

□新規申請（□要支援からの区変）

□更新申請　□区分変更　□転入

**要介護**

**要支援**

四條畷市長　あて

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | 申請日 | 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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | | |  | | | | | | | | 番号 |  | | | | | | 枝番 | | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 性別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護状態区分等 | | 要介護 | | | １　　２　　３　　４　　５ | | | | | | | | | 要支援 | | | | １　　　２ | | | | | | | | | | |
| 有効  期間 | | | 年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日　　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請理由  ※区分変更の場合は必ず記入 | | 主な病名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請代行者 | 名称 | 該当に○  地域包括支援センター・居宅介護支援事業者  介護老人福祉施設・介護老人保健施設  介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設 |
| 住所 | 電話番号　　　　（　　　　　） |
| 申請に関する本人以外の連絡先　□ 同上（以下、省略） | | |
| 氏名 | | 本人との関係（　　　　　　　　　） |
| 住所 | | 電話番号　　　　（　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関 |  | | 主治医氏名 |  |
| 所在地 | 電話番号　　　　（　　　　　） | | | |
| 診療科目 | 科 | 通院中・入院中 | 退院予定日 | 年　 月　 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

|  |  |
| --- | --- |
| 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、要介護認定審査会の判定結果・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、地域密着型サービス事業者、

介護保険施設の関係者、主治医意見書を作成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を同意します。

また、主治医意見書を作成した医師から、要介護認定・要支援認定結果について求めがあれば、当該医師に対して要介護認定・要支援認定結果を提示することに同意します。

代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　本人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

　　　※本人による場合、記載不要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※必ずご記入をお願いします。

認定調査について

　要介護・要支援認定の審査判定の資料とするため、認定調査員がご自宅に訪問して、心身の状態などについてお伺いします。（調査時間は４０～５０分ほどです）

お伺いする前に参考とさせていただきますので、次の事項にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | |
| 認定調査日時の希望について | □　特にない  　　□　曜日・時間（都合の悪いところに×をつけてください）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 備　考 | | 午前 |  |  |  |  |  |  | | 午後 |  |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| 日程調整を行う方の連絡先 | 氏名 |  | | | | 続柄 | |  | |
| 日中に連絡が取れる電話番号 | | | 自宅・職場・その他（　　　　　　　　　　　）  電話番号　　　　　　（　　　　　　） | | | | | |
| 認定調査場所 | □　被保険者の住所  　□　その他  　　　訪問先住所  　　　※病院等は号室まで  　　　　　　記入してください。    調査当日の連絡先　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 認定調査時に  同席する方 | □　いる　→  □　いない | | 氏名 | |  | | 続柄 | |  |
| 電話番号 | |  | |  | | |
| 現在の病気などの状況 |  | | | | | | | | |
| 手話通訳に  ついて | □　希望する　　　□　希望しない | | | | | | | | |
| 日常生活で困っていること、利用したいサービス、調査時に調査員が注意すべきこと等、伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。 | | | | | | | | | |