

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

東根市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被	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									
保 險 者		被保険者	記号	番号			枝番					
	フリガナ											
	氏名		生年月日			年 月 日						
	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2			
			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。 はい ・ いいえ （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」の場合、申請日 年 月 日									
現在の状況		在宅 ・ 入院中 ・ 施設入所 ・ その他（ ）										
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・医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
有 ・ 無		介護保険施設・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（介護予防）サービス計画の作成、地域ケア会議等における個別事例の検討、指定介護老人福祉施設等における特例入所対象者の判定等、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、東根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に同意します。

（更新申請の場合のみ）申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

要介護認定申請受付用確認用紙

1. 調査対象者の世帯構成について

- ◆ 調査対象者の世帯構成について、該当するものに○を付けて下さい。
- ア. 家族同居世帯 イ. 本人夫婦のみの世帯 ウ. 単身世帯

2. 認定調査を実施する場所について

- ◆ 調査を実施する場所について、該当するものに○を付けて下さい。
- ア. 自宅 イ. 病院・施設等（病院・施設名： _____）

3. ご家族の連絡先（※訪問調査の日程調整など、認定申請に関する連絡が必要な際に使用します。）

- ◆ 平日の日中(8:30~17:00)に連絡が取れる電話番号をお書き下さい。

日中に連絡の取れる連絡先	氏名 続柄（ ）	電話番号
--------------	----------------------	------

4. 介護保険サービス及び介護保険外サービスについて（利用中の方は利用曜日も記載して下さい。）

利用中サービス もしくは 利用したいサービス	ア. 通所系のサービス（ ） イ. 訪問系のサービス（ ） ウ. 福祉用具系のサービス エ. 住宅改修 オ. 短期入所（ ） カ. 施設入所 キ. その他（ ）
利用中の介護保険外サービス	おでかけサポートタクシー券・介護用品助成券・いきいきまじゃ〜れ・ その他（ ）

5. 介護保険に優先する給付について

- ◆ 労働者災害補償保険法(労災)等 から介護補償給付を受けていますか。該当するものに○を付けて下さい。（交通事故や施設内での事故等で損害賠償等を受けている場合も含む）
- ア. 受けている イ. 受けていない

6. 保険優先の公費負担医療について

- ◆ 下記の医療証等を持っていますか。持っているものに○を付けて下さい。
- ア. 感染症法に基づく「一般患者に対する医療」
 イ. 障害者総合支援法に基づく「精神通院医療」
 ウ. 障害者総合支援法に基づく「更生医療」
 エ. 原爆被爆者支援法に基づく「一般疾病医療費の給付」
 オ. 特定疾患治療研究事業に基づく「特定疾患受給者証」
 カ. 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に基づく「治療研究に係る医療の給付」
 キ. 該当なし

東根市が調査を委託する指定居宅介護支援事業所及び居宅介護支援専門員(認定調査員)に対する当該確認用紙の提示並びに介護保険に優先する給付に関し、東根市健康福祉部福祉課長が労働基準監督署長に受給資格等に関する照会を実施することに同意します。

本人氏名 _____