

介護保険認定申請書

大川市長 様
次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 更新申請	<input type="checkbox"/> 介護申請	申請年月日: 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護変更	<input type="checkbox"/> 支援変更	※該当する□に✓を入れて下さい	

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院		
申請者住所又は提出代行者所在地	〒		電話番号:

被保険者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	<input type="checkbox"/> 大正		<input type="checkbox"/> 昭和							
	氏名											性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女		年齢	満	歳			
	住所	〒										電話番号:										
	上記住所以外で現在滞在している場所	〒										電話番号:										
	前回(現在)の要介護認定結果等	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
	変更申請の場合その理由																					
	医療機関・施設への入院・入所の有無(過去6カ月間)	名称・所在地										期間										
		所在地										年 月 日 ~ 年 月 日 退院・退所の予定: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有										
		名称										予定有の場合(年 月 日頃) 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・退所の予定: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有										
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	名称										予定有の場合(年 月 日頃)											

主治医	主治医の氏名	フリガナ											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号:											

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 ※必ず記入↓	1.がん 2.関節リウマチ 3.筋萎縮性側索硬化症 4.後縦靭帯骨化症 5.骨折を伴う骨粗鬆症 6.初老期における認知症 7.パーキンソン病等 8.脊髄小脳変性症 9.脊柱管狭窄症 10.早老症 11.多系統萎縮症 12.糖尿病症(神経症・腎症・網膜症) 13.脳血管疾患 14.閉塞性動脈硬化症 15.慢性閉塞性肺疾患 16.両側の股・膝関節の著しい変形を伴う変形性関節症																				
医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										

※「とびうめ@おおかわ みずま」への登録を希望の方のみ記入 (既に登録済みの方は記入不要)

私は、「とびうめ@おおかわ みずま」についての説明を受け、その目的及び利用方法を理解しました。私の医療・介護・健診等の情報が「とびうめ@おおかわ みずま」で共有されること及び「とびうめ@おおかわ みずま」への登録に際して、本紙記載内容が関係者に提供されることに同意します。

本人氏名(必須)		代筆者氏名	(本人との関係:)
緊急連絡先 <small>※日中に連絡がとれるところ: 携帯など ※未記入でも登録可能</small>	フリガナ	電話番号	
	氏名	(本人との関係:)	

※裏面も記載あり

立会い	<input type="checkbox"/> 有	フリガナ	連絡先（自宅）	連絡先（携帯）
	<input type="checkbox"/> 無	氏名 (本人との関係:)		

※必ず連絡がつく電話番号を記入してください

日程調整連絡先	氏名:	連絡先
---------	-----	-----

調査 希望日	希望曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	希望日付: _____ 希望時間: _____
	※調査困難な日程等()
	調査場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
	駐車場の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 駐車場所()
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 昼間一人 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()

備考・特記事項	現時点で該当するもの	<input type="checkbox"/> 難聴がある	<input type="checkbox"/> 言語障害がある	<input type="checkbox"/> 手話通訳がいる			
		<input type="checkbox"/> 重度の視覚障害がある	<input type="checkbox"/> 認知症がある				
		感染症の治療中である場合、その疾患名()					
		現在入院中の場合、入院の理由 ()					
		現在利用中のサービス（代行事業者申請の場合記入）					
		月	火	水	木	金	その他
	午前						
	午後						
	※ 下記を参考に記載 通所介護・通所リハ等通所系→「通」 訪問介護・訪問リハ・訪問看護等訪問系→「訪」 ショートステイ等短期系→「短」 入所・入居中→「入」 居宅療養管理指導系→「指」						
	訪問調査時に本人の前で配慮すべきこと・その他気になること						

認定結果通知などの認定関係書類送付先	住所	〒
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外	(自宅以外の場合記入)	(様方・気付) 本人との関係()

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、大川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、大川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。また、包括的支援のため担当地域の地域包括支援センターに認定結果・認定調査内容・主治医意見書を提供すること及び個人番号と医療保険情報を除いた介護保険認定申請書の記載情報を提供することに同意します。

(更新申請・介護申請・変更申請の場合のみ) 私は、申請から30日以内に認定がなされない時は、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。※右欄の該当する方の□に✓をつけて下さい。	<input type="checkbox"/> 同意する	本人氏名
	<input type="checkbox"/> 同意しない	代筆者氏名