

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

(あて先) 筑 紫 野 市 長

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名			本人との関係
提出代行者 名 称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		
申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										個人番号		
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 (歳)
	氏 名										性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 電話番号											
	現在 入院・入所の 有無 (短期入所を除く)	有 ・ 無	病院・施設名						入院・入所の期間 年 月 日～ 年 月 日				
		所在地						電話番号					

主 治 医	医療機関名					医師氏名			最 終 受 診	□1ヶ月以内 □1ヶ月以上前 (年 月頃) ※ 月 日 受診予定
	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

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号		
特定疾病名					

この申請にかかる審査及び判定のため、認定調査内容及び主治医意見書を筑紫地区介護認定審査会事務局に提出することに同意します。

また、介護(介護予防)サービス計画を作成する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及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。また、主治医意見書作成医が希望する場合は、その医師に対して、要介護認定結果等について情報提供することに同意します。

本人氏名 _____

介護保険 認定申請者情報書

被保険者氏名()

世帯構成	・ 一人暮らし ・ 夫婦のみ ・ 家族同居		
訪問調査場所	・ 本人自宅(住民票上の住所地) ・ 入院入所施設 () ・ その他 ()		
駐車場の有無	居宅での訪問調査の場合、調査員用の駐車スペース(路上駐車は不可) (有 ・ 無)		
立会いの有無	有 無	立会人氏名 () 続柄 ()	
調査日程連絡先	・ 本人 ・ 立会人 ・ その他 () 続柄()		
	日中	①	- - 自宅・携帯・他()
	連絡が取れる	②	- - 自宅・携帯・他()
	電話番号	③	- - 自宅・携帯・他()
調査日程について (平日 9:00～15:00 の開始を原則とします)	都合が悪い曜日 (通院・デイケア利用等)		
本人の心身の状況 について (該当項目に○)	物忘れで病院にかかっている (有 ・ 無) 人の声が聞き取りにくい (有 ・ 無) 電話をとるまでに時間がかかる (有 ・ 無) 調査前後に家族のみの聞き取りを希望 (有 ・ 無)		～現在利用しているサービス～ 医療保険による訪問看護 (有 ・ 無) 医療保険によるリハビリ (有 ・ 無)
調査時 特に配慮すること			
希望する介護サービス			

※保険者確認欄

月 日

☐ 必要な介護サービスの確認 ☐ 認定から利用までの流れを説明

☐ 2号の場合の健康保険証確認 (受付者)