様式第５号（第７条関係）

介護保険　　　　要介護認定・要支援認定　　　　申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

平戸市長 様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　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 | | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | |
| 性 別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | |
| 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　事業対象 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 　年 月 日 から 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※14日以内に他の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・要支援認定申請中ですか。  （既に認定結果通知を受けている場合は「いいえ」を選択してください）  はい ・ いいえ  「はい」の場合、申請日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 | |
| 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・指定介護療養型医療施設・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、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、平戸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。

本人氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査同席の有無 | 有　　　・　　　無 | | |
| 調査第一希望日 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分 | | | 介護保険班連絡調整（済・未） |
| 調査第二希望日 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分 | | | 介護保険班連絡調整（済・未） |
| 調査同席希望者  及び連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | TEL | ※日中必ず連絡が取れる番号 |
| 介護サービス利用状況  ・福祉用具貸与　　　品目（車椅子・特殊寝台・ベッド付属品・歩行器　　　　　　　　　）  ・住宅改修　　（　有　・　無　）  ・デイサービス（月・火・水・木・金・土・日）　（　　時～　　時）  ・デイケア　　（月・火・水・木・金・土・日）　（　　時～　　時）  ・ホームヘルプ（月・火・水・木・金・土・日）　（　　時～　　時）  ・訪問看護　　（月・火・水・木・金・土・日）　（　　時～　　時）  ・訪問リハビリ（月・火・水・木・金・土・日）　（　　時～　　時）  ・その他（ショートステイ・透析など）　　　　＊利用事業所    ＊次回病院受診日（入院中の場合は、病室や階数を記入）  　　月　　日　　※申請直後の受診予定は事前連絡　　　　（　　階　　病棟　　号室） | | | | |
| 特記事項  ・表札（有・無）  ・敷地内の駐車スペース（有・無）→ない場合の近くの駐車スペース  ・同席者のご都合（いつでも対応可・都合の悪い曜日：　　　　　　　　　　　　　）  ・調査終了後の聞き取り  　　　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）  　　　電話番号  ※　調査の日程調整や聞き取りで、市役所から電話連絡（0950-22-9135）する際、ご都合のよい時  間や悪い時間がございましたら、ご記入ください。  ※　認定調査は通常、月～木曜日の午前中に行っています。この時間帯にご都合がつかない場合はご相談ください。  ※　連絡先に勤務先の電話番号をご記入された方は、勤務先名もご記入ください。  （その他）原因となった怪我や疾病名、退院見込みの状況など | | | | |
| 担当  　事業所名　（　　　　　　　　　　　　　　　）  　電話番号　（　　　　　　　　　　　　　　　）担当者名（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

【介護認定申請の理由】