

介護保険

要介護認定・要支援認定
新規・更新・区分変更

申請書

福津市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

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	日生															
	氏名																			性別	男 ・ 女																		
	住所	〒																		電話番号																			
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分									1	2	3	4	5	要支援状態区分									1	2													
		有効期間									平成	年	月	日	から	平成	年	月	日																				
	申請の理由																																						
	過去6月間の	介護保険施設の名称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日																			
	介護保険施設・	介護保険施設の名称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日																			
	医療機関等	医療機関等の名称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日																			
入院・入所の有無	医療機関等の名称・所在地										期間		年	月	日	～	年	月	日																				
有・無																																							

提 出 代 行 者	名称 または 氏名	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) (担当・続柄) 印																	
	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								

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																			

主治医意見書作成医師からの申し出があった場合は、福津市から審査判定結果を開示すること、及び要支援認定・非該当認定を受けた場合、介護予防サービス計画を作成するため、又は地域支援事業利用支援のために必要があるときは、介護保険要介護 (要支援) 認定申請書、要支援認定にかかる調査内容、審査判定結果・意見及び主治医意見書を、福津市から福津市地域包括支援センターに提示することに同意します。

また、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持促進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

本人または親族署名

(親族の場合は続柄)

氏名付 ()

認定調査予約日時	月 日 ()	9:00	10:30	13:30	15:00
調査希望日時など	曜日		時間帯		
家族の認定調査 立ち会いについて	家族の意向確認は 済 (立ち会う・立ち会わない) ____ 月 ____ 日確認				
【立会者】	氏名	電話番号	連絡可能な時間帯		
家族 (続柄)	()	自宅・勤務先・携帯			
その他 (続柄など)	()				
認定調査実施場所	自宅 ・ 入所 (入院) 施設 () 駐車スペース あり (自宅駐車場・路上・()) ・ なし				
意思疎通や調査時 気を付けて欲しい こと	あり ・ なし 物忘れなどがある・何でも出来ると答えてしまう・とても疲れやすい 未告知の病気がある (病名:) ・ 耳が聞こえにくい 伝染性の病気がある (病名:) ・ 言葉が出にくい その他 () 別室での立ち会い者への確認 (必要 ・ 不必要)				
最終受診日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日				
現在利用している サービス	<input type="checkbox"/> 居宅サービス (グループホーム、特定施設入所者生活介護を除く) <input type="checkbox"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> グループホーム、特定施設入所者生活介護、介護用品給付 (オムツ)				

※保険者記入欄 (以下は記入しないでください)

受診要請	必要 ・ 不要	伝達	済 ・ 未 ()
受診日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (時間)		
決定調査日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 () ____ 時 ____ 分		
連絡事項など			