

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
- 要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

北秋田郡上小阿仁村長 様
次のおおりに申請します。

申請年月日 令和 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 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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。 （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・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、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 | | | | | | | | | | | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | 期間 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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） 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | | | | | | |
| 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上小阿仁村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

（介護保険係 記入欄） ※以下の欄には記入しないでください。

| | | | |
|----------------|-----|--|-----|
| 備考（本人・家族の状況など） | 確認欄 | <input type="checkbox"/> 保険証回収 | 受付印 |
| | | <input type="checkbox"/> 保険料納付状況 <input type="checkbox"/> システム入力 <input type="checkbox"/> 資格者証交付 | |

◆申請者情報

1. 医療（主治医）の状況

| 受診状況 | 次回受診予定日など |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 最近受診していない | (令和 年 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 入院している | ・退院（予定）日は決まっていますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) (令和 年 月 日 頃) |

2. 調査について

| 実施場所 | 調査連絡先等 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自宅（住所地） <input type="checkbox"/> 自宅以外 (・名称： ・住所： ・TEL：) | ◆日中の連絡先 (※月曜日～金曜日の8：30～15：15の間に連絡のつく連絡先を記入してください。) ・氏名、名称() ・続柄() ・TEL() ・連絡のつきやすい時間帯 () |
| ◆調査後の本人のいない所での聞き取りについて ※認知関係等本人に聞かれたくない話がある場合等 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | ◆調査の立ち会い (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 上記と同じ (※上記と異なる場合 立ち会い者名： 続柄： TEL：) |

3. その他（留意事項等ありましたらご記入願います）

| |
|--|
| |
|--|