

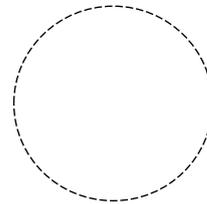


# 介護保険 要介護・要支援 認定申請書(控)

加古川市長様

次のとおり申請します。

|                             |                             |    |   |                              |
|-----------------------------|-----------------------------|----|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 更新 | 変更 | <input type="checkbox"/> 区分変更<br><input type="checkbox"/> 要介護への新規<br><input type="checkbox"/> 要支援への新規 | <input type="checkbox"/> 転入等 |
|-----------------------------|-----------------------------|----|---|------------------------------|



受付・申請日

①介護を必要としておられる方について記入してください。

|   |         |                                  |    |       |     |
|---|---------|----------------------------------|----|-------|-----|
| ふりがな  |         | 大正・昭和                            |    | 性別    | 男・女 |
| 氏名  | 生年月日    | 年                                | 月  | 日     |     |
| 住民票の住所  | 電話番号( ) |                                  |    |       |     |
| 申請理由<br>(新規・変更申請時)                                      |         |                                  |    |       |     |
| 医療保険  | 保険者名    | 国民健康保険(加古川市)・兵庫県後期高齢者医療保険・その他( ) |    |       |     |
| <input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 写し | 記号      | 番号                               | 枝番 | 保険者番号 |     |

※医療保険証を提示、もしくは写しを添付してください。(40歳～64歳の第2号被保険者は必須)

②訪問調査場所(実際に生活しておられる場所)について記入してください。

|        |                                       |  |  |  |  |
|--------|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 訪問調査場所 | 住民票住所と同じ ・ 入院中又は入所中 ・ その他(親族宅・高齢者住宅等) |  |  |  |  |
|--------|---------------------------------------|--|--|--|--|

※「入院中又は入所中」、「その他」を選択した方は以下も記入してください。

|               |         |            |          |         |          |
|---------------|---------|------------|----------|---------|----------|
| 病院・施設名<br>親族名 |         | 入院中の方<br>階 | 病棟<br>号室 | 入院・入所期間 | 年 月 日から  |
| 住所            | 電話番号( ) |            |          |         | 年 月 日まで  |
|               |         |            |          |         | 退院・退所は未定 |

③主治医(今回、介護保険の意見書を書いていただく医師)について記入してください。

|       |         |     |  |     |    |       |
|-------|---------|-----|--|-----|----|-------|
| 医療機関名 |         | 医師名 |  | 受診日 | 直近 | 年 月 日 |
| 所在地   | 電話番号( ) |     |  | 次回  |    | 年 月 日 |

④訪問調査の立会者について記入してください。

|          |     |      |                    |  |  |
|----------|-----|------|--------------------|--|--|
| ふりがな     |     | 電話番号 |                    |  |  |
| 立会者氏名    |     | 携帯電話 |                    |  |  |
| 被保険者との関係 | 本人の | 居住地  | 本人と同居・別居(市内・県内・県外) |  |  |
| 連絡事項     |     |      |                    |  |  |

⑤申請者について記入してください。

|            |         |          |  |  |   |
|------------|---------|----------|--|--|---|
| ふりがな       |         | 被保険者との関係 |  |  | いずれかに○  |
| 氏名<br>事業者名 |         |          |  |  | 1. 居宅介護支援事業者<br>2. 指定介護老人福祉施設<br>3. 介護老人保健施設<br>4. 介護医療院<br>5. 地域包括支援センター<br>6. 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 住所<br>所在地  | 電話番号( ) |          |  |  |   |

40歳～64歳の方(第2号被保険者)は右欄に特定疾病を記入してください。

|       |  |
|-------|--|
| 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・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」を加古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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。なお、認定更新申請から30日以内に認定がされない場合、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。

本人氏名

(控)