|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |

多度津町 様

**記入例**

申請年月日　令和　　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 多度津　桜子 | 本人との関係 | 妻 |
| 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）  ※この欄は、介護事業所等が代行して申請する場合に記入してください。 | | |
| 申請者住所 | 〒　764－8501  　多度津町　栄町三丁目 ９－９５ 　　　　 電話番号　0877 － 33 － 4488  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 携帯番号　090　－ 8765 － 4321 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 介護保険  被保険者番号 | | **※介護保険証の番号（ピンク色）** | | |  | | | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | | ＊ | ＊ | ＊ | | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ |
| 医療保険 | 保険者名 | **※分からないときは、窓口に**  **医療保険証をご持参ください** | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | |  | 番号 |  | | | | | | 枝番 | | | |  | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | タドツ　イチタロウ | | | 性 別 | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | 多度津　一太郎 | | | 生年月日 | | | 明・大・昭 3年 4 月 5 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒764-8501  多度津町栄町三丁目９－９５ 　　　　 電話番号　0877　－　33　－ 4488  携帯電話 　090 － 1234 － 5678 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、  医療機関等への入院、入所の  有無  有・無 | | 名称等・所在地  **○○苑** | | | | | 期間R2年1月12 日～ R3年5月4日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称等・所在地 | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称等・所在地  **△△病院** | | | | | 期間 R3年 5月 4 日～ 現在入院中 | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称等・所在地 | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | **〇〇　　〇〇** | 医療機関名 | **△△病院** |
| 所 在 地 | 〒　　－  多度津町栄町一丁目１－１１１  電話番号　0877　－　33　－0000 | | |

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 | **※個人情報保護条例の施行により、必ず本人の同意を得てください。同意を得た上で、本人氏名の記載または、本人が記載できない場合に関しては、代筆者の氏名を本人氏名の下に記載して下さい。** |

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、多度津町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　　　多度津　一太郎

（代筆者名）　 多度津　桜子

|  |  |
| --- | --- |
| 市 町 村 確 認 欄 | |
| 証の回収 | 介護保険資格者証受領者 |
| 有　　・　　無 | 本人・家族・その他（　　　　　） |

訪問日時の調整に必要ですので、下記の項目について記入（□に**レ**点を入れる）を

お願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | □本人　　**※調査の日程を決めるときに連絡が取れる方**  □その他　　：　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　）  　　　　　　電話番号（自宅）  　　　　　　　　　　（携帯電話）    　　　　□いつでもよい　　　　□連絡のつく時間帯  　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　時頃) |
| 訪問先住所 | □本人自宅　　　　　　　　　　　　　　　駐車場【　有・無　】  □その他　　訪問先名：  　　　　　　訪問先住所：  　　　　　　訪問先電話番号  **※調査時に本人が生活または療養されている場所** |
| 調査時に  同席される方は  いますか？ | □いない（本人のみ）**※本人の日頃のご様子が良く分かる方の**  **同席をお願いしています。**  □いる　　同席者名：　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　） |
| サービス  利用状況 | □サービス名　　　　**※利用しているサービス内容**  　　　　　　　　　　　　　例）通所介護（デイサービス）  □利用している曜日　　　　　 訪問介護（ヘルパー）  （月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日）　（　午前　・　午後　） |
| 申請理由 | ※利用したいサービスや困りごとがあればご記入ください。  ※更新の方は前回と変化があるか、特にある場合は詳しく教えて下さい。 |
| 備考 | ※入退所予定、入退院予定日等  本人の承諾有無　 有 □　　無 □ |

※結果通知等は住所地に送付致します。