

介護保険 要介護、要支援(更新)認定・要介護認定変更 申請書

尾道市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

新規 更新 区分変更 要支援・要介護者新規申請

※本人の場合は記載不要です。

また、家族、民生委員、後見人及び提出代行者の欄に記載の事業所以外の代行申請は委任状が必要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所 提出代行者住所	〒 -	電話番号	- -
提出代行者名称		該当にチェック <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日		
	氏名		年 月 日		
	住所	〒 -	電話番号	- -	
	第2号被保険者 (40歳から64歳ま での医療保険加 入者)のみ記入し てください。	医療 保 険	保険者名	保険者番号	
		被保険者証	記号	番号	枝番
		特定疾病名			
14日以内に他 自治体から転 入した方のみ 記入してくだ さい。	転出元自治体 (市町村)名	(保険者が異なる場 合のみ) 保険者名	転出元自治体 に要支援・要介 護認定申請中 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」 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日 審査会日 年 月 日	

主 治 医	医療機関名称		診療科	
	主治医名		最近の受診	年 月 日
	所在地	〒 -	電話番号	- -

要介護認定・要支援認定申請を行うにあたり、次のことについて同意します。

- ① 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、主治医意見書、尾道市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、尾道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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提供する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)こと
- ② 主治医意見書を記載した医師に、判定結果を通知すること
- ③ 判定結果が非該当となった場合、生活機能低下の防止や状態の維持・改善の提案のため、地域包括支援センターに判定結果等を提供すること
- ④ 更新申請において、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、認定延期通知を省略すること

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____

訪問調査については、次の事業所を希望します。 事業所名称
(新規申請の場合は記入できません。)

※尾道市記載欄

受付	入力	新規調査依頼先
		市・因島・御調・法人・市外
	備考	

番号	有 無
身元確認	済 未
1	個カ・免・パ・障・ケ
2	保・年・介 ()
代理権	有 無

この申請情報確認表は、認定調査が的確かつ円滑に行われるよう、ご本人の状況をお伺いするものです。

※市調査員の調査実施は平日の9時30分から14時30分までの間となります。

氏名	生年月日		年	月	日
前回(現在)の認定 ※必ず記入してください。	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者		年 月 日 から 年 月 日 まで		
訪問調査先 (現在の居所)	※住民票の住所と同じ場合は、記入不要です。 住所 〒 -				
	施設・病院名等				
	<input type="checkbox"/> 入院(所)予定: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定				
調査員が駐車できる駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (場所:) <input type="checkbox"/> 無				
同席者の有無	<input type="checkbox"/> 有	同席者氏名		本人との関係	
	<input type="checkbox"/> 無				
訪問調査日時 連絡先 (昼間連絡がとれるもの)	本人の電話番号 - -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		
	本人以外の電話番号 - -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		
	<input type="checkbox"/> 同席者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
都合の悪い 日・時間・曜日					
都合の良い 日・時間・曜日					
本人の心身状況	<input type="checkbox"/> 人の声が聞きとりにくい <input type="checkbox"/> 言葉が出にくい <input type="checkbox"/> 電話を取るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 物忘れがある (<input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 年相応である)				
調査時に特に気をつけてほしいこと ※必要がある場合は、必ず記入してください。 ・別室での聞きとりを希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない ・未告知の病名 _____ ・特別な配慮					
申請の理由 ※必ず記入してください。また、利用している、あるいは利用を希望する介護サービス内容も記入してください。					
記入者名:			所属事業所名:		
本人との関係:			担当ケアマネージャー名:		

※尾道市記載欄

主治医:	申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要介護支援新規
証回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 再 <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> 調査時	2号被保険者特定疾病: