介護保険要介護更新認定・要支援更新認定申請書

更

荒 尾 市 長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			個人番号			
	医療保険 保険者名			保険者番号			
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号		枝番	
	フリガナ 氏名			生年月日	年　月　日		
				年齢	歳	性別	男・女
	住所	〒　－ 電話番号　（　）					
	結果通知書送付先	※　上記住所と同じであれば記入の必要はありません。 〒　－　様方					
	現在の要介護状態区分等	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　年　月　日 ～　年　月　日					
	現在の入所・入院の有無	無・有（　）					

提出代行者	名称	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院（該当に○）
	住所	〒　－ 電話番号　（　）
	事業所番号	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　－	診療科名	
			電話番号　（　）	
最近の受診状況		年　月　受診済み		

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

医療保険者名		医療保険被保険者記号・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、主治医意見書、荒尾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、荒尾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示する（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。）ことに同意します。

介護保険料の納付状況、給付制限等について必要があるときは、その内容を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又は介護予防・日常生活支援総合事業を行う者へ情報提供することに同意します。

代筆者氏名　　本人氏名

署名又は記名押印

市受理者	

。

認定調査用資料　　**被保険者氏名（　　）**

申請後、訪問調査を行います。訪問調査には、家族等の身近な方あるいは本人の様子を一番ご存知の方の立会いが必要です。

1．家族等立会人について

家族等の立会いの有無		有　・　無				
家族等の連絡先	住所	〒　　－			電話番号	－　　－
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		本人との関係			日中確実に連絡がとれる時間帯 時　分～　時　分頃
調査希望日		月・火・水・木・金　9：30～・13：30～　その他（　　）				

2．担当ケアマネジャーの連絡先

ケアマネジャー立会いの有無	有　・　無		
ケアマネジャー氏名		事業所名等	電話番号　　－　　－

3．訪問調査場所

自宅・病院・施設・その他（該当するものに○）⇒自宅以外を選ばれた方は下記のご記入をお願いします。

病院又は施設名	階　　病棟　　号室 （介護のベッド・医療のベッド）（退院・退所の予定：未定・有　　月　　日頃）※該当に○
病院・施設、又は住民票以外の住所	（　　様方） 電話番号　　－　　－

4．事前調査事項（どちらかに○をつけて下さい。）

① 調査前後に家族（立会人）への聞き取りが必要ですか。　はい・いいえ

② 認知症等でお困りのことがありますか。　はい・いいえ

③ 耳が聞こえづらい等（難聴）ですか。　はい・いいえ

④ 現在、転倒・骨折の治療中ですか。　はい・いいえ

⑤ 感染症がありますか。　はい・いいえ

⑥ その他、調査をする上で配慮すべきことや要望がありますか。　はい・いいえ

（　　）

5．現在利用されている在宅サービス（該当するものに○をつけて下さい。）

通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)・通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ(ﾃﾞｲｹｱ)	利用曜日	月　火　水　木　金　土　日
訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ)・訪問看護・訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	利用曜日	月　火　水　木　金　土　日
入院・短期入所(ｼｮｰﾄｽﾃｲ)	利用予定日	月　　日～　　月　　日
訪問入浴介護・福祉用具購入・福祉用具貸与・住宅改修		

6．訪問先（自宅付近など）の地図

※ゼンリンの地図などをできれば添付して下さい。