

新規・更新

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

申請書

府中町長
次のとおり申請します。

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険被保険者番号	0	0	0	0	0																	
申請年月日	令和		年		月		日															
医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 府中町国民健康保険 <input type="checkbox"/> 広島県後期高齢者医療 その他()												保険者番号								
	記号番号	記号	番号								枝番											
被	フリガナ									生年月日	大・昭			年			月			日		
	氏名									性別	男			・	女							
保	住所	〒																				
險	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2												
		有効期限	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					
者	転入から14日以内の場合に記入	転入元自治体(市町村)名() 転入元自治体で要介護・要支援認定申請中の場合(申請日 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						
有・無	医療機関等の名称等・所在地							期間	年	月	日	～	年	月	日							

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) (担当者:)																	
	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 (該当に○)	1. がん 2. 関節リウマチ 3. 筋萎縮性側索硬化症 4. 後縦靭帯骨化症 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 6. 初老期における認知症 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 8. 脊髄小脳変性症 9. 脊柱管狭窄症 10. 早老症 11. 多系統萎縮症 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 13. 脳血管疾患 14. 閉塞性動脈硬化症 15. 慢性閉塞性肺疾患 16. 両側の膝関節又は股関節の著しい変形を伴う変形性関節症
-----------------	--

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、府中町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、府中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、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。

本人氏名 _____ 代筆者氏名: _____ 本人との続柄 _____

※ 本人氏名を代筆した場合は、右に記入してください。
 住所: _____
 電話番号: _____
 代筆理由: _____

意見書	.	.
調査書	.	.

認定申請聴取調査票

聴取者

主治医意見書送付先

- 病院へ直送
 その他()

認定調査依頼先

- 町職員 ()
 調査日 (月 日() 時) 代行申請事業者
 その他()

申請時状況等

- 在宅 入院中(病院 棟 階 号室 相談員:)
 (退院予定日:)
 入所中(施設名:)(担当者名:)

都合の悪い日、曜日

日程調整 本人・その他(氏名: TEL:)

調査時の駐車場 なし・あり (場所:)

生活状況 独居・日中独居・同居 家族構成()

希望するサービスの内容 暫定利用あり

申請に至った経緯、本人の心身の状況、家庭の様子等をご記入ください。

- 物忘れ(年相応・認知症) 聞こえにくさ 足腰の弱り

家族等連絡先

氏名 (続柄)

住所 TEL() -

被保険者証受取方法

- 自宅へ郵送 窓口受取 居宅介護支援事業者 親族()
 府中町包括() その他()