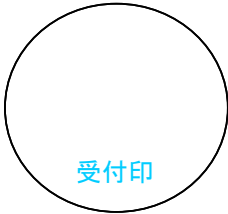


介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

該当するものに○⇒ 《 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入 》



鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和	年	月	日		
被 保 険 者	被保険者番号	090	個人番号						
	医療 保 険	保険者名	保険者番号						
		被保険者証	記号	番号	枝番				
	フリガナ	生年月日			明・大・昭	年	月	日	
	氏名	性 別			男・女	年齢	歳		
	住所 (住民票上)	(電話番号) - -							
前回の要介護 認定の結果等	要支援1		要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	有効期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月
変更申請の 場合の理由								

申請者氏名	本人との関係	
提出代行者 名	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)	
申請者住所	(電話番号) - -	

主 治 医	病院名	(フリガナ) 主治医 氏 名	最終受診日	月	日
	所 在 地	(電話番号)	次回受診 予 定 日	月	日
			- -		

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 ※医療保険証の写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

- ① 要介護・要支援認定等の申請に伴い、管理者が調査員に調査を依頼する場合、また主治医に意見を求める場合、管理者がそれぞれに個人情報等を提供することに同意します。
- ② 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、鳥栖地区広域市町村圏組合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、鳥栖地区広域市町村圏組合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。

被保険者氏名	_____
代筆者氏名	(続柄) _____

↑代筆の場合は両方にご記入ください。

※裏面についてもご記入ください。

※本人の住所地において、認定結果通知等の管理が困難な場合は、別途送付先変更届を提出してください。

- 変更なし(住民票と同じ)
- 変更あり
- 提出済
 - 今回提出
 - 前回から変更

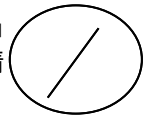
↑窓口で記入

項目	入 力	被保証	2号	転入	PDF	担当
チェック						
内容	MCWEL への入力	介護保険被 保険者証の 添付	健康保険被 保険者証写 の添付	転入日の確認 (介護度の引継 は2週間以内)	PDF (FAX)の 送付	

※必ず窓口にて各項目ご
← とに確認・記入

要介護・要支援（新規 更新 変更 転入）認定申請確認票

申請日



☆ 訪問調査員に事前に状況をお知らせするために、下記の内容についてご記入ください。

被保険者番号 **090**

(フリガナ) 被保険者氏名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

年齢 歳

① 現在いる所を記入してください（調査予定場所）

自宅 病院に入院 施設に入所 ショートステイ利用 家族宅等 その他

名称(家族等の氏名) 電話番号

住所 〒 (階 号室)

期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 予定

上記場所から過去1ヶ月間に入院及び入所されていた場合は下記に記入してください。

また、上記場所から2週間以内に変更の予定がある場合は下記に記入してください。

自宅 病院に入院 施設に入所 ショートステイ利用 家族宅等 その他

名称(家族等の氏名) 電話番号

住所 〒 (階 号室)

期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日

② 訪問調査の連絡先を記入してください。

調査の立会い あり なし

氏名 本人との関係

電話番号 (日中、つながる電話番号)

同居家族 (例: 夫、妻、子、嫁 など)
別居家族
その他

※ 調査時にお立会いがなくても後日電話で聞き取りなどをする場合もございますので必ずご記入をお願いします。

③ 訪問調査について都合が悪い曜日・時間帯のみ×をつけてください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	<input type="checkbox"/> 特になし
午前						
午後						

④ 調査時の注意点(調査時に気をつけて欲しいことなどを記入してください)

(例: 本人が病名を知らないので言葉に気をつけてほしい、別室での聞き取り調査、難聴で筆談を要する など)

特になし 認知症 あり なし 不明

⑤ 介護保険で利用(予定)しているサービスにチェックし、現在ご利用中の方は()の中に事業所名を記入してください。

通所介護(デイサービス)() 福祉用具貸与・購入費の支給
通所リハビリテーション(デイケア)() 住宅改修費の支給
訪問介護(ホームヘルプサービス)() 短期入所(ショートステイ)()
訪問入浴介護 訪問看護
施設入所() その他()

⑥ ケアマネジャーがすでに決まっている方は記入してください。(訪問調査後にお伺いする場合があります。)

事業所名:

氏名: