

介護保険要介護・要支援認定申請書 [新規（転入）・更新・区分変更]

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

◆要介護認定等を受ける方について記入してください。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		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										明治・大正・昭和		年 月 日	
	氏 名		性 別										男・女			
	住 所		〒										携帯電話 電話番号			
	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						
			有効期間		年 月 日 から					年 月 日						
	過去6ヶ月間の介 護保険施設・ 医療機関等入院入 所の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		※14日以内に 他自治体から 転入した方 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」の場合、申請日 年 月 日											
			介護保険施設の名称・所在地		期間					年 月 日～ 年 月 日						
変更申請の理由																

◆代行して提出される場合

提 出 代 行 者 等	該当に○ [地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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]									
	代理の場合、本人との関係： 〒 電話番号：									

◆要介護認定等を受ける方（本人）の主治医（かかりつけ医）について記入してください。

医 療 機 関 名	〒									
主 治 医 の 氏 名	所在地									
最 終 診 察 日	年 月 日					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）の方は記入してください。

特定疾病名 *該当する番号に○をつけてください。	1.筋萎縮性側索硬化症 2.後縦靭帯骨化症 3.骨折を伴う骨粗鬆 4.多系統萎縮症 5.初老期における認知症 6.脊髄小脳変性症 7.脊柱管狭窄症 8.早老症 9.糖尿病性（神経障害/腎症/網膜症） 10.脳血管疾患 11.パーキンソン病関連疾患 12.閉塞性動脈硬化症 13.関節リュウマチ 14.慢性閉塞性肺疾患 15.両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 16.がん末期									
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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島原地域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または認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

署名

◆訪問調査先が被保険者欄の住所と異なる場合及び認定調査に立ち会われる場合、下記の欄も記入してください。

調 査 先	名 称									電話番号：
	所在地									携帯電話：
調 査 立 会 者 (有・無)	氏 名	本人との 関係								電話番号：
	※調査日程は調査立会者へ連絡します。立会者以外への連絡を希望の方はその他欄に記入して下さい。									携帯電話：
現在利用しているサービス等					その他（連絡可能な時間など）					