

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 記号・番号		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								
			※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 ・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日												
	過去6ヶ月間の介 護保険施設・ 医療機関等入院 所の有無 有・無		介護保険施設の名称・所在地						期間		年 月 日～ 年 月 日						
介護保険施設の名称・所在地						期間		年 月 日～ 年 月 日									
介護保険施設の名称・所在地						期間		年 月 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・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、主治医意見書、島原地域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、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、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。

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：
						携帯電話：
※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。						
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）		

