

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

平戸市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 H28 年 〇 月 〇 日

| | | | | | |
|--|----------------|---------------------------------|---------|-----------------------------------|-------------------------|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | |
| | フリガナ | カイゴ イチロウ | | 生年月日 | 明・大・ 昭 10年 1月 1日 |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 〒859-5192 平戸市岩の上町 1508 番地 3 | | 電話番号 | 22-4111 |
| 前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small> | 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 | H27 年 3 月 1 日 から H28 年 2 月 28 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 | |
| | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | 期間 年 月 日～年 月 日 | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | 安心第一医院 平戸市草積町777 | | 期間 H27 年 10 月 1 日～H27 年 12 月 31 日 | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | 安心第二医院 平戸市草積町778 | | 期間 H28 年 1 月 1 日～年 月 日 | |
| 有 ・ 無 | | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|----|--|------------------------|---|
| 申 出 請 代 行 者 | 名称 | 該当に〇（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） 安心第一医院居宅介護支援事業所 | 安心第一医院居宅支援事業所之印 | 注：申請を事業所が代行する場合に記入。本人申請の場合は記入の必要はありません。 |
| | 住所 | 〒859-5363 平戸市草積町777-1 | | |

| | | | | |
|-------------|--------|------------------------|-------|---------------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 山田 太郎 | 医療機関名 | 安心第二医院 |
| | 所在地 | 〒859-5363 平戸市草積町778 | 電話番号 | 28-1000 |

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

| | |
|--------|-------------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証 記号番号 |
| 特定疾病名 | |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、平戸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又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 **介護 一郎**

| | | | | |
|------------------|------------------|-------------------|-----|---------|
| 調査第一希望日 | 平成 年 月 日 () 時 分 | 介護保険班連絡調整 (済・未) | | |
| 調査第二希望日 | 平成 年 月 日 () 時 分 | 介護保険班連絡調整 (済・未) | | |
| 調査同席希望者 及び連絡先 | 氏名 | 介護 花子 | 続柄 | 妻 |
| | 住所 | 平戸市岩の上町 1508 番地 3 | TEL | 22-4111 |

介護サービス利用状況

- ・福祉用具貸与 品目 (車椅子・特殊寝台・ベッド付属品・歩行器・)
- ・デイサービス (月・火・水・木・金・土・日)
- ・デイケア (月・火・水・木・金・土・日) その他のサービス
- ・ホームヘルプ (月・火・水・木・金・土・日) ・
- ・訪問看護 (月・火・水・木・金・土・日) ・

(その他)

特記事項

- ・敷地内の駐車スペース (有・無) →ない場合の近くの駐車スペース
- ・同席者のご都合 (いつでも対応可・都合の悪い曜日 : 火曜日・水曜日)
- ・聞き取り
氏名 (続柄)
電話番号

※ 調査の日程調整や聞き取りで、市役所から電話連絡する際、ご都合のよい時間や悪い時間がございましたら、ご記入ください。

※ 連絡先に勤務先の電話番号をご記入された方は、勤務先名もご記入ください。

(その他)

担当

事業所名 ()
電話番号 () 担当者名 ()