様式第５

介護保険　要介護・要支援認定申請書

　大口町長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No．

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | □新規　　　□更新　　　□変更 | 申請日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 被保険者 | 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 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 氏名 |  |  |
| 性別 | □男　　　□女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  |
| 現在の要介護状態区分等 | □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 | 年　　月　　日 | から | 年　　月　　日 |
| 申請理由(更新申請時は記入不要) | □身体の衰えにより介護が必要　□要介護状態の変化　（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入院入所 | □有□無 | 名称 |  | 期間 | 始期 | 年　 　月　 　日 |
| 所在地 |  | 終期 | 年　 　月　 　日 |
| 名称 |  | 期間 | 始期 | 年　 　月　 　日 |
| 所在地 |  | 終期 | 年　 　月　 　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 提出者種別 | □本人　　□家族　　□居宅介護支援事業者　　□介護保険施設□地域包括支援センター　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 名称又は氏名 |  | 続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 住所 | □ | 被保険者と同じ | □ | 被保険者と異なる |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名 |  | 受診科 |  | 主治医名 |  |
| 所在地 |  |

　第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は、特定疾病名をご記入ください。また、医療保険被保険者証をご提示ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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大口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、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立会い者名 | 　 | 続柄 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 備考 |  |

※［町記載欄]　記入不可

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 受付日 | 年　　月　　日 | 被保険者証 | 回収　未回収　紛失 |
| 区分確認 | □在宅　　□施設□新規　　□継続 | 調査場所 | □自宅　□病院　□施設□その他(　　　　　　 )駐車場（□有　　□無　） |

要支援・要介護認定〔新規・更新・変更〕結果の送付先等について

要支援・要介護認定結果の送付先等につきまして、現段階で構いませんので、認定結果の受け取り方法をご記入ください。

認定調査時に、調査員から改めて説明させていただきますので、不明な点はご確認いただき、状況に応じて変更してください。

**【認定結果送付先】**

|  |
| --- |
| * 郵送　→→　長寿ふくし課から簡易書留にて郵送します
 |
| □被保険者住所 |
| □提出者住所　　**（町外事業所のケアマネジャーにご担当いただいている方は、**　　　　　　　　　**被保険者又は家族への郵送となります。）** |
| □その他氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　住所（〒　　　　－　　　　　　） |
| * 関わりのある担当者（ケアマネジャー）経由

**（施設入所の方、町外事業所のケアマネジャーにご担当いただいている方は、被保険者又は家族への****郵送となります。）** |
| □地域包括支援センター |
| □担当ケアマネジャー |

**【その他確認事項】**

* 介護保険関係書類送付先の変更　（　希望する　・　希望しない　）

※[町記載欄]　記入不可

**【介護保険被保険者証確認】**

□被保険者証　　あり　・　なし

□認定調査時に再確認

□紛失届提出