介護保険【要介護認定・要支援認定】申請書

	人吉市長	様	□新規申	'ēĦ 🗆 3	変更申請	□更新())月 [」転入継続	Ü
次	でのとおり申請します	す。			申請日	年		月	日
	介護保険 被保険者番号				個人番号				
	フリガナ				生年月日	明·大·昭	年	月	B
被保	氏 名				性別		男・	女	
険	医保険者名	, , ,			保険す	者 番 号			
者(保被保険者証記	클			番号			枝 番	
認定	住所	〒 -	-		電話番号	()	
を 受 :	変更申請の理由 (具体的に記載)	1							
けっ	前回の認定区分	□なし□要支	☑援1 □要支援	2 □要介	`護1 □要介護2		□要介護 4	□要介護 5	
る)	認定有効期間		年 月	 引	日 ~	年		月日	
	※14日以内に 他市町村から転入		して14日以内の						
	した場合のみ記入		〕で認定 	あり・認定な 	いい 認定申請中で	である。 			
主	医療機関名				医師氏名				
土 治 医	所在地	〒 -	-			電話番号	() □入院中	1
	最終受診日※	年	月	日	次回受診予定日		年	月	日
 ※ <i>Л</i>	<u>.</u> 入院中の方は診察	<u>ー</u> 経日の記入は不野	 要です。						
第2	2号被保険者(40	歳から64歳までの	D医療保険加入	者)の方は	は御記入ください。	(医療保険証(のコピー添ん	寸)	
	特定疾病名								
	家族または提出代行者 ※本人の場合は記入不要 (提出代行する際は事業所印を押してください。)								
	家族または提出化	代行者 ※本人	の場合は記入	个女 (ル	:山1/179 る除は=	事業所印を押しい	(くたさい。)		
提		弋行者 ※本人					,		
提出	□地域包括支持□指定介護療養	€センター □居宅が⑤型医療施設 □が	个護支援事業者	□指定介護	老人福祉施設 🗆)		,		
	□地域包括支持 □指定介護療養 氏名(名称	髪センター □居宅が 髪型医療施設 □が ず)	个護支援事業者	□指定介護		介護老人保健施 担当者名	,	,	
出	□地域包括支抗 □指定介護療養 氏名(名称	受センター □居宅が 養型医療施設 □が 「」)	个護支援事業者	□指定介護	老人福祉施設 🗆)	介護老人保健施	,)	
出者	□地域包括支持 □指定介護療養 氏名(名称 〒 住所(所在	受センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) :	个護支援事業者 ↑護医療院 □家	」 □指定介護 族 続柄(老人福祉施設 □) ④	介護老人保健施 担当者名 電話番号	· (,	
出者	□地域包括支持 □指定介護療養 氏名(名称 〒 住所(所在	受センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) :	个護支援事業者 ↑護医療院 □家	」 □指定介護 族 続柄(老人福祉施設 □) ④	介護老人保健施 担当者名 電話番号	· (,	
出者送	□地域包括支热 □指定介護療養 氏 名(名称 〒 住 所(所在 認定結果通知に関 □提出者	愛センター □居宅が 養型医療施設 □ / 「「) : – – E地)	个護支援事業者 ↑護医療院 □家	・	老人福祉施設 □) 即 「る場合は記入。技	介護老人保健施 担当者名 電話番号	设 (,	
出者	□地域包括支持 □指定介護療養 氏名(名称 〒 住所(所在	gセンター □居宅/ §型医療施設 □/ 「「」) E地) ですること ※被保 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、 で、	个護支援事業者 ↑護医療院 □家	・	老人福祉施設 □) ④	1介護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先輩	设 (,	
出者送付	□地域包括支担 □指定介護療養 氏 名 (名称 〒 住 所 (所在 認定結果通知に関 □提出者 □その他 (」	受センター □居宅が意型医療施設 □が: -E地)引すること ※被保氏名: -	个護支援事業者 ↑護医療院 □家	・	老人福祉施設 □) 即 「る場合は記入。技	介護老人保健施 担当者名 電話番号	设 (,	
出者送付先同	□地域包括支担 □指定介護療理 氏 名 (名称 ・ 住 所 (所在 認定結果通知に関 □提出者 □その他 (」	度センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) - E地)	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家が 「意医療院 □家が 「意となった。」 「では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。」 「おいった。」 「では、では、では、できる。」 「ないった。」 「	・ □ 指定介 (老人福祉施設 □) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先輩 とは、要介護認 援センター、選認 援センター、事し 定調査に従事し	, 設 (変更は対応 (変更は対応 に・要支援 だ で で で で で で で で き で お う に う に う り に う に う に う に う に う に う に う	できかねます。) 認定にかかる。 事業所居ることに 内に認定の結	ービス事 に同意し
出者送付先同	□地域包括支担 □指定介護療療氏 名(名称 氏名(名称 住所(所在 認定結果通知に関 □その他(」 一を 所(所在 ででででででででである。 ででででであれば、記 のでであれば、記 知されるのであれば、記 知されるのであれば	度センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) - E地)	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家が 「意医療院 □家が 「意となった。」 「では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。」 「おいった。」 「では、では、では、できる。」 「ないった。」 「	・ □ 指定介 (老人福祉施設 □) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先輩 とは、要介護認 援センター、選認 援センター、事し 定調査に従事し	, 設 (変更は対応 (変更は対応 に・要支援 だ で で で で で で で で き で お う に う に う り に う に う に う に う に う に う に う	ができかねます。) 認定にかかる。 事業所居宅サ に提示すること	ービス事 に同意し
出者 送付先 同意	□地域包括支担 □指定介護療養 氏名(名称 住所(所在 認定結果通知に関 □その他(」 在所(所在 介護介護力・ でで、所在 介護ので、所在 介護ので、所で 介護ので、所でので、 が、またしている。 でははいる。 ではないで、 ではないでは、 では、 ではないで、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 で	度センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) - E地)	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家が 「意医療院 □家が 「意となった。」 「では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。」 「おいった。」 「では、では、では、できる。」 「ないった。」 「	・ □ 指定介 (老人福祉施設 □) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先輩 とは、要介護認 援センター、選認 援センター、事し 定調査に従事し	, 設 (変更は対応 (変更は対応 に・要支援 だ で で で で で で で で き で お う に う に う り に う に う に う に う に う に う に う	できかねます。) 認定にかかる。 事業所居ることに 内に認定の結	ービス事 に同意し
出者 送付先 同意	□地域包括支担 □指定介護療療氏 名(名称 氏名(名称 住所(所在 認定結果通知に関 □その他(」 一を 所(所在 ででででででででである。 ででででであれば、記 のでであれば、記 知されるのであれば、記 知されるのであれば	度センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) - E地)	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家が 「意医療院 □家が 「意となった。」 「では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。」 「おいった。」 「では、では、では、できる。」 「ないった。」 「	・ □ 指定介 (老人福祉施設 口) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先え) 電話番号 とさは、要介、護認等 ででいる。現在の認定の	, (対応 (変更は対応 (要支 (接接と (接接と () で (で (で () で	できかねます。) 認定にかかる。 事業所居ることに 内に認定の結	ービス事 に同意し
出者 送付先 同意	□地域包括支担 □指定介護療養 氏名(名称 住所(所在 認定結果通知に関 □その他(」 在所(所在 介護介護力・ でで、所在 介護ので、所在 介護ので、所で 介護ので、所でので、 が、またしている。 でははいる。 ではないで、 ではないでは、 では、 ではないで、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 で	度センター □居宅が 養型医療施設 □ が 下) - E地)	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家が 「意医療院 □家が 「意となった。」 「では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。」 「おいった。」 「では、では、では、できる。」 「ないった。」 「	・ □ 指定介 (老人福祉施設 □) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先輩 とは、要介護認 援センター、選認 援センター、事し 定調査に従事し	設 (変更は対応 (変更は対応 (変更は対応 (接援接触 でである。	できかねます。) 認定にかかる。 事業所居ることに 内に認定の結	ービス事 に同意し
出者 送付先 同意書 市	□地域包括支担 □指定介護療名 氏名(所在) 一括(内) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(で) 一つ(で) 一) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で	度センター □居宅介 養型医療施設 □介 (下) : E地) 引すること ※被保 氏名 E地) の作成等介護結り ではいる。 の作成の表に対して、 の作による。 の作による。 の作による。 の作による。 の作による。 の作による。 の作による。 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家が 「意医療院 □家が 「意となった。」 「では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、できる。」 「おいった。」 「では、では、では、できる。」 「ないった。」 「	· □ 指定	老人福祉施設 口) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先え) 電話番号 とさは、要介、護認等 ででいる。現在の認定の	, (対応 (変更は対応 (要支 (接接と (接接と () で (で (で () で	できかねます。) 認定にかかる。 事業所居ることに 内に認定の結	ービス事 に同意し
出者 送付先 同意書	□地域包括支担 □指定介護療名 氏名(所在) 一括(内) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(所在) 一位(で) 一つ(で) 一) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で) 一(で	慢センター □居宅介 養型医療施設 □介 (下) : — E地) 日すること ※被保 氏・ (大名 — E地) の今による等判定の関係のでは、 の会に、の会に、の会に、 の会に、の会に、 の会に、の会に、 の会に、 では、 の会に、 では、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の会に、 の。 の。 の。 は、 の。 の。 は、 の。 の。 は、 の。 の。 の。 は、 の。 の。 は、 の。 の。 の。 の。 の。 の。 の。 の。 の。 の。	↑護支援事業者 ↑護医療院 □家 ↑護医療院 □家 「機名以外への送 「験者以外への送 「験・意見をできる。 「なった。」 「なった	· □	老人福祉施設 口) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	か護老人保健施 担当者名 電話番号 是出後の送付先え) 電話番号 とさは、要介、護認等 ででいる。現在の認定の	設 (変更 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	できかねます。) 認定にかかる。 事業所居ることに 内に認定の結	ービス事 に同意し

		- -		
三万日	胡慧]査(-0 $($.\7

①訪問	調査日程調整の	の連絡先 平	日の日中に連絡	各を取ることができ	る連絡先を御言	己入ください。		
□本人(被保険者)			氏 名 申請者との関係()		
□扎	□提出者		住所					
	その他(右欄に	記入)⇒	TEL又は携帯		()			
②調査	の立ち合い	認定調	 査時に立ち合い	を希望されるかん	どうか御記入くだ	さい。		
	立ち合い者なし		氏名		申詞	請者との関係()	
	□上記日程調整者と同じ		住所					
	□その他(右欄に記入)⇒		ーン TEL又は携帯 (
□ その他(右欄に記人) ⇒ □ TEL又は携帯 () () () () () () () () () (
		月		火	水	木	金	
	 午 前					·	_	
	 午後							
		 査開始時間に	 t、午前9時、	 10時、午後1	時30分からと	<u> </u> なります。		
4訪問	 調査場所 本	人が現在いらっ	しゃる場所につい	ハて御記入ください	ν \ °			
	自宅(住民登録 入院・入所先 その他 (非所 〒		1た方は、⑤につ	のいて御記入くだる	さい。			
⑤病院	入院中、介護的	施設等入所中の)方 現在入院(中または入所中の	の施設について征	卸記入ください。		
시	院·入所日		年	月	日 から	入院・	入 所 中	
	病院•施設名							
所 在 地 〒 - (市外の場合のみ記 入)				電話番号	()		
備考材		配慮すべき点を記	入してください。					
※ 調			Г	ますので、下記				
	生活		□家族と同居 □高齢者のみ世帯 □独り暮らし □入院・入所 □なし □あり (手帳 級)					
身	身障手帳等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			□あり(□あり(手帳			
体	日常会話の支障		□なし □あり					
等の	認知	<u></u> 症 状	□なし □あり()					
状況	身体の	の動き	□ほとんどベッド(布団)での生活 □部屋の中での生活 □外出できる (□ 独りで □介助が必要)					
	現在利用して	いるサービス	□なし□□	あり(下欄に利用	しているサービスを	:御記入ください。)		
- <u>-</u>	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜	

※ 現在、訪問看護サービスを利用している (はい・いいえ)