

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

矢板市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被	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											
保		被保険者証	記号										番号						枝番					
		フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日							
者		氏名											性別	男	・	女								
		住所	〒										電話番号											
険	前回の要介護 認定の結果等	※更新の場合 のみ記入	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2					有効期限 年 月 日から 年 月 日											
		※14日以内に 他自治体から 転入した者 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」） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																					
者	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入 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					期間					年	月	日	～	年	月	日						
	有・無	医療機関等の名称等・所在地					期間					年	月	日	～	年	月	日						

提出 代 行者	名称	該当に○（家族・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）																		
	住所	〒										電話番号								

主治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、矢板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

1. 訪問調査場所

<input type="checkbox"/> 自宅（住所地）	<input type="checkbox"/> 病院	→	_____棟	_____号室
<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他	→	調査地名 _____	
			住所 _____	

2. 調査日程等

ご自宅で調査の場合は、ご家族等の立会いをお願いします。

病院、施設で調査の場合は、ご家族の立会いは任意となります。

①立会いの有無							
<input type="checkbox"/> 立会いあり	→	お名前 _____			続柄（ _____ ）		
<input type="checkbox"/> 立会いなし		TEL _____					
②本人及び立会い者の都合の悪い曜日、時間帯に×をつけてください。							
<input type="checkbox"/> 特になし		月	火	水	木	金	その他
<input type="checkbox"/> あり	→	午前	午前	午前	午前	午前	（具体的に： _____ ）
		午後	午後	午後	午後	午後	
③駐車スペースの有無							
<input type="checkbox"/> あり							
<input type="checkbox"/> なし							

3. 第三者行為による介護保険の利用について

平成 28 年4月1日より、第三者行為（交通事故等）により介護サービスを利用する場合、保険者への届出が義務となりました。

介護サービスが必要になった要因				
<input type="checkbox"/> 事故以外				
<input type="checkbox"/> 事故等	→	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 自転車事故	<input type="checkbox"/> 動物による噛みつき
		<input type="checkbox"/> ケンカ	<input type="checkbox"/> 医療事故	<input type="checkbox"/> 施設事故
		<input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）		