

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

茨城県古河市長 様

次のとおり申請します。

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・大・昭	年	月	日										
	氏名															性別	男・女													
	住所		〒306— 古河市 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」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月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の有無		介護保険施設等の名称等・所在地													期間 年 月 日～ 年 月 日														
			介護保険施設等の名称等・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○（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・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、主治医意見書、古河市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者が取得した心身の状況等の情報を、古河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、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。

（更新申請の場合に限る）私は、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内に更新認定がされるのであれば、認定延期通知書を省略することに同意します。

被保険者証預かり

本人氏名

介護保険申請書 補助用紙 (下記の事項についてご記入ください)

1 窓口来庁者 (居宅介護支援事業者等 代行申請は記入不要)	氏名	本人との関係
	※本人と同居でない場合記入 住所	
	電話番号 — —	
2 認定調査の 立会いについて 調査日程調整の 連絡先 ※平日日中に連絡がとれ る電話番号を記入して ください。 (番号の記入誤りがないよ うご確認ください。)	立会いする ・ 立会いしない	
	立会者氏名	本人との関係
	①電話番号	— —
	②電話番号	— —
	連絡が付きやすい曜日・時間帯 月・火・水・木・金・いつでもよい 午前・午後 その他 ()	
	※立会いしない場合 認定調査後の報告連絡の希望 あり・なし	
報告先	氏名	本人との関係
	電話番号	— —
3 調査先	1 自宅(住民票の住所地) 2 住民票の住所地以外 3 医療機関(入院中) 4 施設等 5 その他 ※2～5の場合 住所 または 医療機関(病棟・部屋番号)・施設名等を記入してください。	
4 身体の様子に ついて 【新規申請のみ】	主な病気 ※診断名がわからない時は現在の状況を記入してください。 現在の状況	
5 現在お困りのこと 【新規申請のみ】		
6 希望するサービス 【新規申請のみ】	訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ デイサービス ・ 通所リハビリ ・ 施設入所 福祉用具 ・ 住宅改修 ・ その他()	
7 医療機関 (主治医) の受診状況	次回受診予定日	年 月 日 最終 ・ 予定 ・ 入院中
	定期的な受診	あり ・ なし 退院予定日 年 月 日 予定 ・ 未定
8 サービス利用状況	通所サービス利用日	月 火 水 木 金 土 日 (利用日に○)
	利用施設名	
	ショートステイ利用状況	住宅改修 あり ・ なし
(担当課使用) 連絡事項		