

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

(あて先) 東三河広域連合長 様
次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
新規(要支援から要介護への区分変更) 転入

該当するものに
チェックを入れて
ください。

※申請者が本人の場合は、「申請書提出者欄」の記入は不要です。

申請年月日		8年 4月 1日	
申請書提出者	フリガナ	コウイキ ハナコ	
	氏名	広域 花子	
	提出代行者等 名称	東三河居宅介護支援事業所	
住所	〒 440 - 0806 豊橋市八町通二丁目16番地2 介護保険課内		
電話番号(0532) XX - XXXX			

提出代行者が申請
する場合は、
事業所名を記入し
てください。

被保険者(本人)	フリガナ	コウイキ タロウ		被保険者番号	X X X X X X X X X X
	氏名	広域 太郎		生年月日	明・大(昭) 20年 1月 1日
	住所	〒 440 - 0806 豊橋市八町通九丁目16番地			
	医療保険者番号	XXXXXXXXXXXXXXXX		医療保険 被保険者 記号番号	XXXXXXXXXXXXXXXX
	前回の要介護 認定の結果等	認定区分	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	
	有効期間	6年 12月 1日 から 7年 12月 31日 まで			
	申請の理由				
現在入所・入院中の 介護保険施設・病院 の有無 (ショートステイを除く)	<施設名>	東三河総合内科		期	8年 1月 5日 から
	<所在地>	豊橋市八町通六丁目345		間	8年 3月 31日 まで (退所 退院 予定)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	電話番号() -				

新規の場合、
前回の認定結果は
不要です。

該当する場合は、
ご記入ください。

必ずご記入くださ
い。
※事前に主治医へ
意見書作成の承諾
を得てください。

主治医	医療機関名	東三河総合内科		フリガナ	ミカワ シロウ
	所在地	〒 440 - 0806 豊橋市八町通六丁目345		主治医氏名	三河 四郎
電話番号(0532) XX - XXXX					

40~64歳の方は、
特定疾病名をご記入
ください。

特定疾病名	※第二号被保険者は医療保険の資格情報が確認できるものを提示すること	
-------	-----------------------------------	--

認定調査	調査場所	<input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 現在入所・入院中の施設 <input type="checkbox"/> その他(右に記入)	住所	豊橋市八町通六丁目345		
	認定調査日時につ いての連絡先	フリガナ	コウイキ ジロウ	病棟	第1病棟	
	立会	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名	広域 次郎 続柄(長男)	電話番号	① 0532-XX-XXXX ②
	サービス利用日等	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (時間帯 : ~ :)				

ご家族の方は、
訪問調査に極力お立
会いください。
調査場所及び日程を
決めるにあたり必要
ですので、ご記入く
ださい。

事務処理欄	特記事項 (訪問調査時の注意等)	P <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無・透析 <input type="checkbox"/> 月/水/金 <input type="checkbox"/> 火/木/土・介護保険への抵抗感 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無・ショート利用予定 午前調査不可 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 午後調査不可 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <その他連絡事項>						
	確認事項	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2号被保	<input type="checkbox"/> 特定疾病有 <input type="checkbox"/> 医療保険資格確認済	がん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格者証

事務処理欄のため記入
不要です。

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、東三河広域連合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人が取得した心身の状況等の情報を、東三河広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、基準該当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、基準該当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供する（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、また、東三河ほいっぷネットワークを利用して介護認定電子審査会を行うことに同意します。

（更新申請の場合）要介護認定・要支援認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるときには、当該認定が更新申請の日から30日を超える場合であっても、東三河広域連合が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人署名	広域 太郎											
個人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

必ずご記入ください。

以下は事務処理欄のため記入不要です。

*事務処理欄（申請受付に関すること）

受付窓口	<input type="checkbox"/> 東三河広域連合介護保険課 <input type="checkbox"/> 豊橋市 <input type="checkbox"/> 豊川市 <input type="checkbox"/> 蒲郡市 <input type="checkbox"/> 新城市 <input type="checkbox"/> 田原市 <input type="checkbox"/> 設楽町 <input type="checkbox"/> 東栄町 <input type="checkbox"/> 豊根村						
	名称						
	受付		入力		回送		備考

*事務処理欄（個人番号に関すること）

本人確認・代理人確認	番号		身元			代理権		
	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	個人番号カード	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	個人	<input type="checkbox"/> 写真付き確認書類（1点）			<input type="checkbox"/> 確認書類（1点）	
				<input type="checkbox"/> 写真無し確認書類（2点）			<input type="checkbox"/> 委任状	
	通知カード	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写		<input type="checkbox"/> その他（ ）			特記事項	
	住民票等	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	事業者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証				
<input type="checkbox"/> 介護事業所職員証明書等								