

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

※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										年			月		日				
申請書提出者	フリガナ												本人との関係						
	氏名																		
	提出代行者等 名称		該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> <□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 所在地		〒 ー <div>電話番号 () ー</div>																

被保険者(本人)	フリガナ												被保険者番号																			
	氏名												生年月日		明・大・昭		年		月		日											
													性別		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女															
	住所		〒 ー <div>電話番号 () ー</div>															医療保険 被保険者 記号番号														
	医療保険者番号																															
	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		年		月		日		から		年		月		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>										期 間		年 月 日 から																	
			<所在地>												年 月 日 まで (退所 ・ 退院 予定)																	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		電話番号 () ー																														

主治医	医療機関名												フリガナ											
													主治医氏名											
所在地		〒 ー <div>電話番号 () ー</div>																						

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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		住所														
			<input type="checkbox"/> 現在入所・入院中の施設 <input type="checkbox"/> その他(右に記入)		施設名						病棟								
	認定調査日時 についての連絡先		フリガナ						電話番号		① ②								
			氏名		続柄 ()														
	立会 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		フリガナ						電話番号		① ②								
			氏名		続柄 ()														
サービス利用日等		□月 □火 □水 □木 □金 (時間帯 : ~ :)																	

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 □月/水/金 □火/木/土 ・介護保険への抵抗感 <input type="checkbox"/> 有 午前調査 □月 □火 □水 □木 □金 午後調査 □月 □火 □水 □木 □金 不可 <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

(注意) 裏面につづく

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、東三河広域連合から介護保険事業者等（別表のとおりとする。）、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供すること、また、東三河はいっぱ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												
個人番号												

＊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	事業者	<input type="checkbox"/> その他（ ）				特 記 事 項
	住民票等	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写		<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				

別表

介護予防支援事業者	基準該当介護予防支援事業者
介護予防ケアマネジメントを実施する事業者	居宅介護支援事業者
基準該当居宅介護支援事業者	介護老人福祉施設
介護老人保健施設	介護医療院
小規模多機能型居宅介護事業者	介護予防小規模多機能型居宅介護事業者
看護小規模多機能型居宅介護事業者	認知症対応型共同生活介護事業者
介護予防認知症対応型共同生活介護事業者	特定施設入居者生活介護事業者
介護予防特定施設入居者生活介護事業者	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者
地域密着型特定施設入居者生活介護事業者	