

介護保険要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

奄美市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	医療保険情報 <small>※該当にチェック</small>	<input type="checkbox"/> 奄美市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 鹿児島県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入（生活保護受給者等） <input type="checkbox"/> その他（保険者名称： _____ 記号番号： _____）																				
	フリガナ											生年月日										
	氏名											性別										
	住所	〒 _____ 電話番号 _____																				
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分																				
		有効期間 _____ 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ヵ月間の介護 保険施設・医療機関等	介護保険施設の名称等・所在地 _____										期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日	～	_____ 年 _____ 月 _____ 日							
	入院入所の有無	医療機関等の名称等・所在地 _____										期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日	～	_____ 年 _____ 月 _____ 日							
有 ・ 無																						

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） _____										担当者氏名										
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____																				

主 治 医	主治医氏名											医療機関名										
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____																				

受診日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） ※お早目の受診にご協力ください。

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 ※保険証の写しを添付してください。

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

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、奄美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。

本人署名 _____ 代筆者署名 _____

【更新申請の場合】	申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。 （ 同意します・同意しません ）																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【市町村確認欄】																				
保険証の回収	介護保険資格者証受領者										受付者名									
<input type="checkbox"/> 回収済	本人・家族・ケアマネ・その他（ _____ ）																			

※円滑・効果的な認定調査を実施するため、別紙認定調査連絡票もご記入をお願いします。

認定調査連絡票

本人氏名		記入者氏名	
訪問調査時の立会希望の有無 (有 ・ 無)			
立会者氏名		続柄	連絡先電話番号
ご希望の調査日時がありましたら ご記入ください。			
訪問調査先	A. 自宅 B. 医療機関 (病院名 病棟名) C. 施設 (施設名) D. その他 (住所)		
心身の状態と申請理由 (新規・区分変更申請は必須) ※いつ頃、どのような変化があり、その変化により困ったこと等具体的にご記入ください。			
(ここに記入欄)			
ご希望の介護サービス ()			

【現在利用しているサービスについて】 (利用しているサービスがなければ記入不要)

	事業所名	曜日	時間帯
訪問介護		月・火・水・木・金・土・日	
訪問リハ		月・火・水・木・金・土・日	
訪問看護		月・火・水・木・金・土・日	
通所介護		月・火・水・木・金・土・日	
通所リハ		月・火・水・木・金・土・日	
その他			

【調査上の注意点】

本人の状況	視力	特に問題ない	配慮が必要 ()
	聴力	特に問題ない	配慮が必要 ()
	伝達	特に問題ない	配慮が必要 ()
	認知症状等		
その他、特記すべきことがありましたらご記入ください。			

介護保険事務の円滑かつ正確な進行のため主治医への提供に同意します。
 本人氏名 () 代筆者 ()