

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

- 新規 (初回・期限切れ) 更新 転入
 要支援者の要介護への区分変更
 要介護・要支援状態区分変更

* 右の該当する項目の□に「レ」点をつけてください⇒

(申請先) 天理市長
次のとおり申請します。

令和 年 月 日 申請

申請者 (認定を受けようとしている方)

フリガナ氏名	男	被保険者番号												
	女	生年月日	明・大・昭											
住所(住民登録地) 〒 天理市														
* アパート・マンション名も記入してください														
電話番号: ()														
上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない														
個人番号														
過去6カ月間の介護保険施設・医療機関等への入所・入院について	入所・入院先の住所・施設名等													
	〒	入所・入院(予定)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日												
有・無	入所・入院先の住所・施設名等													
	〒	入所・入院(予定)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日												

前回の要介護認定の結果等	現在(最終)の認定区分	要支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	14日以内に他自治体から転入した場合	有効期間 年 月 日 から	年 月 日
申請理由	・ 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。 はい ⇒ 申請日 年 月 日 いいえ (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。)		
* 区分変更の申請の場合は、別途「変更申請理由書」の提出が必要です。 *			

主治医 (市から直接、主治医意見書を医療機関に依頼します)

医療機関名称	医師名 (科)	医師
所在地	電話番号: ()	
前回診察日: 年 月 日	次回診察日: 年 月 日	

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・要支援認定に係る調査内容、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、天理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。

申請者氏名 (認定を受けようとしている方)

代筆の場合: 代筆者氏名 (続柄)

申請書を提出した人 (提出代行の場合は、該当するサービスに○をつけてください)

家族等	氏名:	提出	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
	住所:	名称:	介護医療院
	(続柄)	所在地:	
	電話番号: ()	行	電話番号: ()

受理年月日	市役所処理欄 * 記入しないでください。 *												
	受付	<input type="checkbox"/> 窓口 ⇒ <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 郵送											
	資格者証	<input type="checkbox"/> 回収済⇒ <input type="checkbox"/> 資格者証交付 <input type="checkbox"/> 添付忘れ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 紛失 同時申請 <input type="checkbox"/> あり()											
	区変理由書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 保留() 給付制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 給付係											
	転入継続	<input type="checkbox"/> 資格者証あり <input type="checkbox"/> 資格者証依頼中() <input type="checkbox"/> 個人番号で照会()											
受付入力	調査	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 委託()⇒ <input type="checkbox"/> 契約									出力		

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ下記について記入してください

特定疾病(該当するものに○をつけてください)

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| 1 がん
【医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断されたもの】 | 7 進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症
及びパーキンソン病 | 12 糖尿病性神経障害、
糖尿病性腎症
及び糖尿病性網膜症 |
| 2 関節リウマチ | 8 脊髄小脳変性症 | 13 脳血管疾患 |
| 3 筋萎縮性側索硬化症 | 9 脊柱管狭窄症 | 14 閉塞性動脈硬化症 |
| 4 後縦靭帯骨化症 | 10 早老症 | 15 慢性閉塞性肺疾患 |
| 5 骨折を伴う骨粗鬆症 | 11 多系統萎縮症 | 16 両側の膝関節又は
股関節に著しい変形を
伴う変形性関節症 |
| 6 初老期における認知症 | | |

医 療 保 険 情 報

医療保険者名			
医療保険者番号		医療保険証記号番号	
被保険者名		続 柄	
取 得 日		<input type="checkbox"/> 写し	

介護保険 要介護認定 訪問調査にあたって

介護保険の申請者 (要介護認定を受けようとしている方)

訪問調査日程調整の連絡先 ** 電話番号は、平日の日中に連絡が取れるところを記入してください **

本人(申請者)
 申請書を提出した人
 その他⇒ 氏 名 : _____ 申請者との関係【 _____ 】
 住 所 : _____ 電話番号: (_____)

訪問調査当日の立ち会い者 * 家族や施設職員等、申請者の日頃の状況を把握している方にお願ひします *

上記日程調整者と同じ
 その他⇒ 氏 名 : _____ 申請者との関係【 _____ 】
 住 所 : _____ 電話番号: (_____)

立会い者なし

↓↓↓ 手続を円滑に進めるために、以下の欄の記入をお願いします ↓↓↓

訪 問 調 査	曜 日	時 間 帯	訪 問 先
	いつでもよい	いつでもよい	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 病 院 <input type="checkbox"/> 施 設 <input type="checkbox"/> その他 } 病室等を記入してください <hr/> ⇒ 駐車場 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 _____ 】
	月		
	火	午前	
	水		
	木	午後	
金			

その他特記すべき事項

・サービス利用希望(予定)・疾病・認知症の状況等・認定手続にあたり留意すべき事項 等

** 過去6カ月以内に交通事故にあったことがある⇒ 無 有【 _____ 】

