

介護保険要介護・要支援認定申請書

変更申請用

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

申請日 平成 年 月 日

次のとおり申請します。

① 被保険者 (認定申請者)	被保険者番号				個人番号			
	フリガナ				〒 ー □ 鈴鹿市 □ 亀山市			
	氏名				住所 丁目 番 号 町 番地 方			
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話 ()			
	現在の認定	要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 要支援 □ 1 □ 2			認定の有効期間 平成 年 月 日			
	変更申請の理由 (詳細にご記入ください)							
	主治医	医院・病院・診療科名			主治医の氏名			
所在地・電話番号			〒 ー Tel ()					
受診状況			通院中(最終受診日 平成 年 月 日頃) ・ 入院中					
医療特定疾病	※ 40歳から64歳までの被保険者のみご記入ください。							
	加入している医療保険の名称			特定疾病の病名 (裏面参照)				
② 手続代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員・成年後見人 被保険者以外が申請するときは記載してください。			
	所在地 名称 電話番号				氏名 (続柄) 電話 () 住所			
	印							
③ 認定調査	現在の本人の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他					
		<input type="checkbox"/> 自宅以外(右に記入)	名称 所在地 電話番号 ()					
	調査立会人の連絡先	フリガナ氏名	続柄・関係	電話 () ()				

介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成、又はその他の高齢者福祉施策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、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、介護保険施設、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員又は在宅介護支援センターに提示することに同意します。

本人氏名(必ず記入) _____
 代筆者氏名
 (代筆の場合のみ記入) _____

④他に適用する制度： なし 労働災害補償 交通事故等第三者行為の損害補償
 公費負担医療等(以下参照。該当するものを○で囲んでください。)

感染症法・障害者総合支援法・戦傷病者特別援護法・被爆者援護法・特定疾患治療研究事業・先天性血液凝固因子障害等治療研究事業・茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱・生活保護法

※添付書類：介護保険被保険者証
 申請書の記入方法は、裏面を参照してください。

連絡事項 有 ・ 無

チェック欄(この欄は記入しないでください)			
<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 申請書コピー	<input type="checkbox"/> 申請	<input type="checkbox"/> 意見書
<input type="checkbox"/> 台帳	処理(済・不要)	<input type="checkbox"/> 調査票	<input type="checkbox"/> 在新 <input type="checkbox"/> 施新
			<input type="checkbox"/> 在継 <input type="checkbox"/> 施継

申請書の記入方法

① 被保険者欄

- ・被保険者番号、氏名、住所、現在の認定、認定の有効期間は、被保険者証から転記してください。
- ・「主治医」については、認定審査に必要な主治医意見書の作成を依頼するためにお聞きしますので、定期的に受診されている主治医、もしくは近いうちに受診予定の主治医氏名等を、お一人ご記入ください。複数の医師がいる医療機関の場合は姓とともに名前まで記入いただくようお願いいたします。主治医がない場合には介護保険課(059-369-3203)までご相談ください。
- ・受診状況についても、詳しくご記入ください。
- ・医療保険、特定疾病欄は、2号被保険者(40歳から64歳までの方)のみご記入ください。2号被保険者の方は、下記の病気(特定疾病)により介護が必要となった方が申請できます。疾病に該当するかどうか不明な場合は主治医にご相談ください。

※特定疾病…早老症、後縦靭帯骨化症、脳血管疾患、脊柱管狭窄症、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、脊髄小脳変性症、関節リウマチ、慢性閉塞性肺疾患、筋萎縮性側索硬化症、閉塞性動脈硬化症、多系統萎縮症(シャイ・ドレーガー症候群等)、初老期における認知症、骨折を伴う骨粗しょう症、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、糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、がん(医師が一般に認められている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したものに限る)

② 手続代行者欄

- ・手続きを代行する場合、ご記入ください。また、ご家族、民生委員・成年後見人等が代理で手続きをされる場合もご記入ください。

③ 認定調査欄

- ・後日、認定調査のため調査員がご本人と面会いたします。先立って面会の日時等の相談を行いますので調査に伺う場所及び立会いいただく方の連絡先等をご記入ください。差支えがなければ日中に連絡の取れる勤務先や携帯電話もご記入にご協力をお願いします。

※ 情報提供同意の本人署名欄

- ・要介護認定を受けた後に、介護サービス計画・介護予防サービス計画を作成するため、又はその他の高齢者福祉施策のために、調査内容等を居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等に提示することの同意書です。

④ 他に適用する制度

- ・労働災害補償、交通事故等による第三者行為の損害賠償、公費負担医療等を受けている場合にご記入ください。他に適用する制度については、介護保険に優先して利用できる場合があります。

受付欄	連絡事項		
	被保険者証押印交付	済 → <input type="checkbox"/> 窓口で手続者に直接交付 <input type="checkbox"/> 担当より郵送 未済 → <input type="checkbox"/> 連合に交付を依頼 <input type="checkbox"/> 窓口担当者預かり、後日交付 有効期限 → 年 月 日と記載して交付	受領印