|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険 | 要介護認定・要支援認定  要介護更新認定・要支援更新認定 | 申請書 |

桶川市長

①　　　②　　　　　③　　　　　　　　　　④　　　　　⑤　　　　　⑥　　　　　⑦　　　　　　　⑧　　　　⑨　　⑩

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | **○○○○○○○○○○○○** | | |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | | **○○**年　　**○**月　**○**日 | | |
| 医療保険 | 保険者名 | **○○○** | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | **○○○○○○○** | | |
| 被保険者証 | 記号 | | **○○○** | | | | | | | | | 番号 | **○○○○** | | 枝番 | **○○** |
| フリガナ | | **オケガワ　ハナコ** | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　**○**年　**○**月　**○**日 | | |
| 氏　名 | | **桶川　花子** | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 〒**３６３－００○○**  **桶川市泉１－○○－○○○**　　　　電話番号　**０４８**（**○○○**）**○○○○** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等 | | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | | | | 要介護状態区分　１　２　３　４　５　要支援状態区分　１　２ | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | |
| ※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。　　はい　・　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)  「はい」の場合、申請日　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設・医療機関等入院入所の有無(短期入所を除く) | | 有  無 | (有の場合のみ記入)  入院・入所施設名  所在地　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住所 | 〒  電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 | **紅花　一郎** | 医療機関名 | **おけがわ総合病院** |
| 所在地 | 〒**３６３－００○○**  **桶川市泉３－○○－○○○**  　　　　　電話番号**０４８**（**○○○**）**○○○○** | | |

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険者所在地 |  | 医療保険者番号 |  |
| 特定疾病名 |  | | | 資格取得年月日 |  |

私は、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、桶川市から地域包括支

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **代筆　桶川　太郎**　　本人氏名　　**桶　川　　花　子** | | | | | | | |
| 訪問調査連絡先 | 本人・家族・その他（○をつける）  （氏名）　**桶　川　　太　郎**  （本人との関係）　　**夫** | | | | | | 電話（日中つながる所）  ①　**０４８（○○○）○○○○**  ②　**０９０（○○○○）○○○○** | | | |
| 備考 | | （例）**毎週　月・水**  **デイサービス**  ⑩  **火・木曜日調査希望**  **午後電話連絡希望** | | 同居の有無 | サービス利用の緊急性 | 新規  更新 | | 入力 | 台帳 | 意見書 |
|  |  |  |
| 有・無 | 有・無 |

**現在、介護サービスのご利用がない方は申請の必要はありません。**

**介護サービスが必要になった際に再度申請いただければ、申請日よりサービス利用が可能です。**

①マイナンバーの通知カードまたは個人番号カードに記載されている12ケタの数字をご記入ください。

②医療保険者証の保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番をご記入ください。

③住民票上の住所をご記入ください。

**また、実際の居住地が異なる場合には、その住所も必ずご記入ください。**

更新申請の方は、印字されている氏名・住所・生年月日に変更がある場合のみ訂正ください。）

④介護保険施設・医療機関等入院入所の有無欄について

**入院・入所の有無につきましては、必ずどちらかに○をつけてください。**

・申請時に入院、入所していない方は「無」に○をつけてください。

・申請時に入院している方、または介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設、あるいはケアハウス・軽費老人ホーム・有料老人ホーム等に入所している方は「有」に○をつけ、病院（病室番号）・施設名・所在地・電話番号をご記入ください。

⑤ケアマネージャーや入所施設が代行する場合、代行する人が記入します。

**ご本人やご家族が申請する場合は記入不要です。**

⑥**医療機関名・主治医名は必ずご記入ください。**

主治医欄は、被保険者ご本人の**「介護が必要となる疾病または負傷の状況について」**

**ご存知の医師の名前を１名フルネームで記入してください。**

※なお、事前に主治医に意見書を書いていただけるかどうか、ご確認されることをお勧め致します。

⑦４０～６４歳の方のみ、記入してください。

**特定疾病名の欄は該当する病名を主治医に確認の上、必ずご記入ください。**

**医療保険者名、記号番号等をご記入いただき、申請時に健康保険証をご持参ください。**

（※更新の際も同様にお願い致します。）

⑧内容をよくお読みいただき、同意の上、被保険者ご本人の氏名を記入してください。

代筆の場合は、代筆者の氏名、続柄を本人氏名の左側にご記入ください。

⑨訪問調査の日時を決めるため、認定調査員がご連絡する際に必要となります。

**調査に立ち会われる方の平日の日中にご連絡の取れる電話番号をご記入ください。**

**調査日は平日（月～金）でよろしくお願いいたします。**

⑩認定調査員がご連絡する際の参考とさせていただきますので、必要があれば備考欄にご記入ください。

**※申請時に被保険者証、マイナンバー通知カードまたは個人番号カード、身分証（免許証、**

**保険証等）をお持ちください。また、ご不明な点は記入せず、そのままお持ちください。**

（

**※申請時に被保険者証、マイナ**

**ンバー通知カードまたは個人番号カード、身分証（免許証、**

**現**

**在、介護サービスのご利用がない方は申請の必**