

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

北アルプス広域連合長 様  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請区分	新規・更新・期限切新規・※支援変更								申請年月日	年 月 日				
	介護保険 被保険者番号	0	0							個人番号					
	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								生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名								性別	男	・	女			
	住所 (施設入所者の場 合は入所前の住 所を記入)	〒							電話番号	( )					
	前回の要介護 認定の結果等	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			
		(14日以内に他自治体より転入した方のみ記入) 現在転出元自治体に要介護・要支援認定申請中 はい・いいえ													
※支援変更の理由															
過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等入院、入所の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地							期間	年	月	日	～	年	月	日
	医療機関等の名称等・所在地							期間	年	月	日	～	年	月	日

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)										
	住所	〒							電話番号	( )		

主 治 医	主治医の氏名								医療機関名			
	所在地	〒							電話番号	( )		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名											
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、北アルプス広域連合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。

本人氏名  
\_\_\_\_\_  
(同意者氏名)

担 当 者 印	市 町 村	広 域	
	電算入力処理	主治医確認	確 認
	・	・	・

# 訪問調査連絡票

申請書(表面)とは別に、訪問調査を行うために事前に必要事項をお尋ねするものです。

<p>調査希望場所</p> <p style="font-size: small;">〔希望する場所に☑をし てください。〕</p> <p style="font-size: x-small;">※実施場所は、原則として日頃の状況を把握できる場所において、調整の上行います。</p>	<input type="checkbox"/> 自宅						
	<input type="checkbox"/> 施設等(有料老人ホーム等を含む) 施設名: _____						
	<input type="checkbox"/> 病院 病院名 _____ 病棟 MSW 等: _____ 退院予定 未定・有 ( 月 日頃 ) ※症状固定もしくは、退院調整が行われる状態で実施します。						
	<input type="checkbox"/> 住所地以外の住居 住所: _____						
<p>調査立合い者</p>	<input type="checkbox"/> 有 <table style="width: 100%; font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">□家族( _____ )</td> <td style="width: 30%;">□施設職員( _____ )</td> </tr> <tr> <td>□包括職員( _____ )</td> <td>□その他( _____ )</td> </tr> <tr> <td>□ケアマネ( _____ )</td> <td></td> </tr> </table>	□家族( _____ )	□施設職員( _____ )	□包括職員( _____ )	□その他( _____ )	□ケアマネ( _____ )	
□家族( _____ )	□施設職員( _____ )						
□包括職員( _____ )	□その他( _____ )						
□ケアマネ( _____ )							
	<input type="checkbox"/> 無						
<p>日程調整の連絡先</p> <p style="font-size: small;">〔日程調整の連絡をさせて いただく方を記入してください。〕</p>	氏名 _____ 被保険者とのご関係( _____ ) 住所 _____ 電話 _____ 携帯番号 _____ 平日の 8:30~17:00 の間で 連絡のとれる時間帯をご記入ください ( _____ )						
<p>サービスの利用状況等</p> <p style="font-size: small;">〔調査の日時指定はでき かねますが、ご相談の上 決めさせていただきます のでご協力ください。〕</p>	デイサービス等の利用日に○をしてください ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ) ショートステイの予定がありましたら記入してください。 ( _____ ) 調査を希望する曜日等があれば記入してください ( _____ )						
<p>備 考</p>							

・認定調査は土日祝日等を除く9:00~16:00の間のおおむね1時間程度で行います。

・更新申請の場合、日程調整までにお時間をいただく場合があります。