介護保険　　　　要介護認定・要支援認定　　　　申請書

様式第6号(第6条関係)

要介護更新認定・要支援更新認定

南阿蘇村長 様

申請年月日　　　令和　　　年　　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | |
| 性 別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 令和 年 月 日 から 令和 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　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の  介護保険施設、  医療機関等への  入院、入所の  有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等の名称等・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 | | | | | | | | | | | | |
| 有 ・ 無 |
| 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 | | |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証  記号番号 |  |
| 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、南阿蘇村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

**認定調査連絡票　　　　更**

* 訪問調査の日程調整のため、記入をお願いします。

1. 現在、対象者はどこにいらっしゃいますか？

該当するほうに○をつけ、病院・施設等の場合は必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1　自宅 | ２　病院・施設等 | | |
|  | 名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| TEL（　　　　　　-　　　 　　 -　 　　 　　　） |
| 家族の立会い希望　：　　有　・　無 |

1. **訪問調査の日程調整はどなたが行われますか？**

申請受付後、約1～2週間以内に訪問調査を行います。日中連絡が取れる番号を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1　本人 | ２　家族・その他 | | |
|  | 氏名（　　　　　　　　　 　　　/続柄　　　　　　　） |  |
| TEL（　　　　　　-　　　 　　 -　 　　 　　　） |

※ご家族の方等で都合により調査に立ち会うことができなかった場合、必要に応じて電話での聞き取りをさせていただく場合があります。

1. **現在どのような介護サービスを利用されていますか？**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 介護サービス　： |  | 福祉用具のレンタル  （　有　・　無　） |
| 利用曜日　　　： |
| 利用施設　　　： |

※現在介護サービスを利用されていない、及び、利用する予定が無い場合はこの申請をしていただ

く必要はございません。

1. **役場から主治医に意見書を依頼します。次回の病院受診予定日はいつですか？**

|  |
| --- |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

1. **その他、留意点等があれば記入して下さい。**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |