

更新

介護保険

〔 要介護更新認定・要支援更新認定 〕

申請書

白浜町長様

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和 年 月 日	
介護保険 被保険者番号		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		〒 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
			有効期間 年 月 日から		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。 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 年 月 日		
介護保険施設等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)		有	入院・入所施設名 所在地		
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地		

提出 代 行者	氏名 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・介護医療院・その他< >) 本人との関係	
	住所 所在地	〒 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、主治医意見書、白浜町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、白浜町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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

※申請の際には、必ず介護保険被保険者証

および健康保険証をご持参ください。

本人氏名

◆◆◆ 認定調査について ◆◆◆

要介護認定のために、調査員があなたのご自宅などにお伺いし、あなたの心身の状況に関することについてお聞きします。

訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

本人氏名		
日程調整を行う場合の	連絡先	— —
	連絡者名	
認定調査実施場所	自宅 ・ 病院 又は 施設 ・ その他 ()	

1. 認定調査希望日時について

- (1) 特になし
- (2) 曜日や時間に希望がある (曜日 曜日) (午前・午後 時頃)

※ 土・日・祝祭日を除く、平日9時から16時まで

- (3) デイサービスや通院の曜日等、ご都合の悪い日を記入してください。

[]

※ 後日、訪問調査員から連絡いたしますが、ご希望どおりにならない場合もあります。

2. 認定調査時にどなたか同席される方がいますか？

- (1) いる・・・・・・・・・・家族・その他 ()
- (2) いない

3. あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳などが必要ですか。

- (1) 必要・・・・・・・・・・具体的などのような人ですか ()
- (2) 必要ない

4. その他認定調査に関して、何か伝えておきたい事がありましたらご記入ください。

[]

※ 認定調査では、基本的に実際にできるかどうかの行動をしていただく項目があります。動かすこと等できない場合は、調査員に申し出ていただき、詳しい状況を説明していただく事になります。