第15号様式(第13条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定＜新規　・　更新　・　変更＞申請書

　福島県双葉郡大熊町長　様　　　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※本人による申請の場合は記入不要です。↓ | | | | | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者 | □ | 代理人 | 事業所名 | (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・指定介護療養型施設・介護医療院) | | |
| □ | 提出代行 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 電話 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問調査を調整する方 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 同席 | 希望する ・ 希望しない | 電話 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定を受ける人（被保険者） | 被保険者番号 | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | | 個人番号 | | | | |  | |  | |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | 記号 | | | | |  | | | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | | 枝番 | | | | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 明治　・　大正　・　昭和  　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  福島県双葉郡大熊町大字 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (避難先住所) | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　　要支援　１　・　２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | | | | | 転出元市区町村名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在、転出元市区町村に要介護・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　（申請日）　　　年　　月　　日　　　・　いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院  または  入所先 | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 施設区分 | | | | □　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  □　介護医療院  □　病院またはその他施設 | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期間 | | | | | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※認定事務を滞りなく進めるため、できるだけ事前に主治医の了解を得てください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | 主治医名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 電話 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分変更理由 | 1　状態の改善  2　状態の悪化 | 具体的状況 |

↓第２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入してください。　※医療保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

　介護サービス計画を作成する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