

介護保険要介護・要支援認定申請書（更新）

佐伯市長様
次のとおり申請します

MCWEL	TOPS	受付簿	受付

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号
	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(現在)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	
	入院・入所	種別	名称・所在地	期間
1. 介護保険施設	1・2	所在地	入院・入所中	
2. 医療機関	1・2	名称	年 月 日～ 年 月 日	
※過去6カ月間について記入	1・2	所在地	入院・入所中	
		名称	年 月 日～ 年 月 日	

申 請 者	申請者氏名		本人との関係	
	住所	〒 電話番号		

提 出 代 行 者	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	〒 印 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		

2号保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		特定疾病名	
		※必ず記入	

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、及び主治医意見書等を、佐伯市長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、認定調査に従事した調査員又は佐伯市若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の出席者に提示することを同意します。

申請日から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、要介護認定等延期通知の省略に同意します。

また、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

本人氏名 _____ 印 _____

代筆者氏名 _____

問1. 認知症はありますか

ある ・ ない

問2. 訪問調査に何う日時を調整するときには、どちらに連絡すれば良いですか。
※連絡可能な連絡先を記入して下さい。

ふりがな 氏名	本人との 関係等	自宅電話番号 (携帯番号)	勤務先 電話番号	調査の同席
(例) さいきたろう 佐伯 太郎	長男	22-**** 090-****-****	〇〇 23-****	同席する・しない

調査が困難な日	毎週 _____ 曜日 _____ 日 _____
---------	---------------------------

備考・特記事項

認定結果 送付先	氏名	住所	本人との関係
			〒 _____ 電話番号

※住所と異なる場合のみ記入して下さい