

介護保険要介護・要支援認定申請書（更新）

佐伯市長様

MCWEL	受付簿

受 付

次のとおり申請します

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	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 記号・番号	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(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
		有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
	入院・入所 1. 介護保険施設 2. 医療機関 ※過去6カ月間 について記入	種別	名称・所在地	期 間	
		1・2	所在地 名称	入院・入所中 年 月 日～ 年 月 日	
1・2		所在地 名称	入院・入所中 年 月 日～ 年 月 日		

申 請 者	氏 名		本人との関係	
	住 所	〒 電話番号		

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・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

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、佐伯市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、佐伯市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。

本人氏名 _____

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
				同席する・しない
				同席する・しない

調査が困難な日	<p style="text-align: center;">毎 週 曜 日</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">日</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/>
---------	--

備考・特記事項

認定結果 受取先	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ください