

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 ( 新規・更新 **変更**・転入 ) 申請書

都城市長 宛て

申請区分に○を付けてください。

申請年月日 令和4年4月1日

申請者	氏名又は事業者名	都城居宅介護支援事業所	事業所の場合は担当者名と事業所番号	都城 花子									
	認定を受ける方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 提出代行者 (地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 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	〒885-8555 都城市姫城町6街区21号					電話番号 0986-23-3191						

※介護保険被保険者証を添付してください。

次のとおり申請します。

認定を受ける方	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0	個人番号											
	フリガナ	ミヤコノジョウ タロウ		生年月日	明・大・昭 10年 月 1日									
	氏名	都城 太郎		性別										
	住所	住民票の住所を記入してください。										電話番号 0986-64-1111		
	医療保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 宮崎県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 都城市 (国保加入の方) <input type="checkbox"/> 保険者番号 00450024 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	被保険者証	記号	番号 12345678		枝番									
	主治医意見書依頼先	医療機関名	高崎病院		最終受診日	令和4年3月20日								
	訪問調査場所	医師名	現在の本人の状態に一番詳しい医療機関名等を記入してください。											
	訪問調査等について	住所	住所を記入してください。											
	現在受けているサービス	訪問調査場所	訪問調査場所が住所地でない場合、「その他」に○をし、お伺いする場所について詳しく記入してください。 施設等の所在地 電話番号											
過去6か月の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無	立会者の有無	(有) (無)		立会者氏名	都城 花子 (長女) 携帯 (123-4567-8900) 連絡事項 仕事の都合上、午後1時から2時の間に連絡して欲しい。									
過去6か月の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無	訪問調査等について	過去6か月間に病院へ入院、または介護保険施設等へ入所がある場合は、「有」に○をし、病院名(または施設名)、所在地および入院(入所)期間を記入してください。ない場合は、「無」に○をしてください。												
介護サービス計画又は介護認定審査会による判定結果	訪問調査等について	過去6か月の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無												
介護サービス計画又は介護認定審査会による判定結果	訪問調査等について	介護保険施設/医療機関等の名称等・所在地 令和2年1月1日 ~ 令和4年1月31日 特別養護老人ホーム山之口 介護保険施設/医療機関等の名称等・所在地 令和4年2月1日 ~ 令和4年3月20日 高崎病院												
介護サービス計画又は介護認定審査会による判定結果	訪問調査等について	*要介護・要支援更新又は変更の場合のみ記入 要支援1 要支援2 <b>要介護1</b> 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 有効期間 R3年12月1日 ~ R4年11月30日 変更申請の場合 入院のため下肢筋力低下があり、認知症状も悪化している。失禁の回数が増え、排泄にも介助が必要である。 *14日以内の自治体から来た者の場合 変更申請の場合は、理由を具体的に記入してください。 記入欄が足りない場合は「事前連絡票」に記入してください。 -いつ頃、どのような、身体や認知機能等の変化があり、介護の手間が増減しましたか？ -前回の調査時と異なっているのは、どのようなことでしょうか？												

第2号被保険者 (40歳未満)

特定疾病名	64歳以下の方のみ記入してください。									
-------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護認定審査会による判定結果を事業所若しくは介護保険が同意します。

実際の病名が疾病名と異なる場合があります。特定疾病に該当するか確認したい時は、主治医にお問い合わせください。医療保険証のコピーを添付してください。

本人氏名 都城 太郎 (代筆者氏名 都城 花子 続柄 長女)

入力日	情報提供同意欄は、本人もしくは代筆者が署名した場合、押印は不要です。ただし、署名によらない印字の場合は、押印が必要です。									
確認	代理人確認					<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )				