様式第７号（第８条関係）（表）

**要介護認定・要支援認定**

**要介護更新認定・要支援更新認定**

**介護保険　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請書**

 **武　豊　町　長**

 **次のとおり申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 令和 　　年 　 月 　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 連 　絡　先 | 　　□被保険者と同じ　　□提出代行者と同じ □その他（裏面記載） |

＊申請者が被保険者本人の場合､申請者住所･電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 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 |  |
| 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（申請日　　年　　月　　日）いいえ（既に認定結果通知を受け取っている場合を含む） |
| 現在の所在※短期入所を除く | □在宅　□入院（病院名：　　　　　　　　　退院予定日：　　　　　　　　　　　　） |
| □介護保険施設　　□ケアハウス□グループホーム　□その他 | 施設名： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　 電話番号 |

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、及び主治医意見書を、武豊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。

なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、個人情報の適切な取扱をする中で、訪問時に聞き取った内容要介護認定結果、利用状況等を町等の介護保険事業を含む老人保健福祉事業の参考資料への利用及び提供、武豊町地域福祉サービスセンター・地域包括支援センターの「福祉カルテ」への登録に利用することに同意します。また、更新申請のみ今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護認定・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み等を通知する書面を省略することに同意します。

　　本人氏名

**※ 裏面にも記入事項がございます、ご注意ください。**

様式第７号（第８条関係）（裏）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特定疾病名 | １　がん末期２　関節リウマチ３　筋萎縮性側索硬化症４　後縦靭帯骨化症５　骨折を伴う骨粗鬆症６　初老期における認知症７　パーキンソン病関連疾患 | ８　脊髄小脳変性症９　脊柱管狭窄症10　早老症11　多系統萎縮症12　糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症13　脳血管疾患 | 14　閉塞性動脈硬化症15　慢性閉塞性肺疾患16　両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |

※必ず**医療保険証のコピー**を添付してください。

○ その他連絡先にチェックをつけた方は、記入してください。（各種案内等を送付します）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連　 絡　 先 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏 名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　 |

○ 同意欄本人欄を本人に変わって記入した方は、記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代　　理　　者 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | □ 申請者住所と同じ 電話番号〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　＊　できるだけ聞き取りしてください（新規申請は必須）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の状況 | 歩　　行（自立・一部介助・全介助）食　　事（自立・一部介助・全介助）入　　浴（自立・一部介助・全介助）意志伝達（ 可 ・一部可・全不可） | 世帯状況及び身体状況の特記 | 申請日現在の年齢 □６５歳以上 □６５歳未満 |
| 申請目的・理由（サービスの利用希望など記入） |  |

事務処理チェック欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 状態安定の確認（申請者） | □ [ 入院者のみ ] 病院への状態確認 | 備　考 |
| □ 次回受診日 月 日頃　 ※遅くとも２Wまで | □ 介護保険証の回収（ 済・調査時に回収 ） |  |
| □ サービス計画依頼届出書（記入済：　　　　　　　　・後日回収） | □ 連絡先・代理記入者欄の確認 |
| □ [ ２号保険者のみ ] 医療保険証のコピー |
| □ 訪問調査の日程調整　　　月　　日（　） AM・PM ：  | □ [ 希望者のみ ] 受給・資格者証の発行 |
| □ 訪問調査員（　　　　　　　　　　） | 受 付 者 |
| 調査員への連絡事項□ 立ち会い　有（氏名：　　　　　　　　　）・無（理由：　　　　　　　　　　　） |  |