

介護保険 要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕申請書

四日市市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日	申請に至った原因は、第三者が 起こした事故や労働災害ですか？	1. はい 2. いいえ
-------	-------	-----------------------------------	--------------

フリガナ		性別	被保険者番号										
被保険者氏名 (介護が必要な人)		男・女	個人番号										
			生年月日	明・大・昭	年	月	日						

住所	〒	電話	( )
----	---	----	-----

前回の要介護認定の結果及び有効期間 (更新・変更時のみ記入)	要介護 [ 1 2 3 4 5 ] ・ 要支援 [ 1 2 ]
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

変更申請理由 (認定変更の場合のみ記入)	
----------------------	--

現在の入院、入所施設 (短期入所を含む)	入院・入所施設名	所在地	電話	( )
-------------------------	----------	-----	----	-----

提出代行者	名称 (氏名)	※「介護保険 被保険者証」原本の添付がない場合、押印をお願いします。 該当に○ 1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他/本人との関係 ( )			印 [1~3の場合/担当者氏名 ]
	住所	〒	電話	( )	

主治医	医療機関名	診療科(総合病院の場合のみ記入)	
	所在地	〒	医師名
		電話	( )

調査希望日	第1希望 月 日 午前・午後	第2希望 月 日 午前・午後	第3希望 月 日 午前・午後
	※土・日・祝日はご遠慮下さい。また、ご希望に添えない場合はあらかじめお尋ねします。入院中の場合は、空欄のままご提出ください。なお、訪問予定日は、あらかじめ文書でお知らせします。		

調査場所	該当に○ 1. 自宅 2. 入院・入所施設 3. その他(氏名・住所及び電話番号を下記へ記入して下さい。)		
	氏名	本人との関係	
	住所	電話 ( )	

第二号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)のみ 医療被保険者証(写し可)を、申請書に添付してください。		被保険者氏名	
医療保険者名		被保険者証 記号番号	

※特定疾病名を下記から選んで、番号に○をしてください。

1. がん (医師が回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)	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. 脊柱管狭窄症	8. 早老症
9. 多系統萎縮症	10. 脳血管疾患
11. 脊髄小脳変性症	12. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
13. 閉塞性動脈硬化症	14. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
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

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、四日市市長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、四日市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、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

印

※本人自署の場合は、押印不要です。

受付印	
-----	--

