介護保険

●介護認定・要支援認定要介護更新認定・要支援更新認定要介護認定区分変更

申請書

佐渡市長 様												
次のとおり申請します。					申請年月日	令和	年	月		日		
	情代行者氏名 : 筆する者)				本人との関係	ĸ						
該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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) 提出代行者名称												
申請者住所												
電話番号												
区分変更申請をする 場合、その理由												
被保険	介護保険				個人番号							
	<u>被保険者番号</u> 医 保険者名			保険	者番号							
	探	記号		番号			枝番					
	険 機保険者証 フリガナ	1C -7				明治・大』						
	***************************************				生年月日	,,,,,	年	月		日		
	氏 名				性 別		男・	女				
者へ		₹										
認	住 所				Ę	電話番号						
定を	* O = A =# =											
受け	* n = ^ =* =	*要介護·要 支援更新認	要介護状態区分	1 2			 支援状態	区分	1	2		
け	前回要介護認 定 の 結 果 等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分有 効 期 間	1 2 令和 年	3 4				1 目	2 日		
ける		支援更新認 定の場合の <u>み記入</u> *14日以内	有 効 期 間 転出元自治体(市	令和 年町村)名	3 4 日 月 日	5 要						
け		支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自治体 から転入し	有 効 期 間	令和 年町村)名	3 4 月 日	5 要			 ∄	日]		
け る 者		支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自治体	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 とけ取っている場合	3 4 月 日	5 要		Ē J	 ∄	日]		
け る 者	定の結果等	支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記	有効期間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を発 「はい」の場合	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 とけ取っている場合	3 4 月 日 [に定を申請中ですか。合は「いいえ」を選択し	5 要: から 令和 .てください。	1 年	Ē J	 ∄	日]		
け る 者	定の結果等 過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等への入院、入所の	支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自治人 から転入し た者のみ記 入	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を) 「はい」の場合・所在地	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 とけ取っている場合	3 4 月 日 [に定を申請中ですか。 合は「いいえ」を選択し 令和 年 期間 年	5 要: から 令和 でください。 月 月 日	1 年	はい年	月 ・ いし 月	日]		
け る 者	定の結果等 過去6月間の介護 保険施設・医療機関	支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自分し た者のみ記 入 施設等の名称等	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を) 「はい」の場合・所在地	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 とけ取っている場合	3 4 月 日 [に定を申請中ですか。合は「いいえ」を選択し	5 要: から 令和 -てください。 月	日 一 一 一 一	はい	· いし	日]		
ける者)	定の結果等 過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等への入院、入所の 有・無	支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自分し た者のみ記 入 施設等の名称等	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を) 「はい」の場合・所在地	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 受け取っている場合 、申請日	3 4 月 日 [定を申請中ですか。 合は「いいえ」を選択し 令和 年 期間 年 期間 年	5 要: から 令和 でください。 月 月 日	日 一 一 一 一	はい年	月 ・ いし 月	日] いえ 日		
ける者) 主治	定の結果等 過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等への入院、入所の 有・無 主治医の氏名	支援更新認 定の記入 *14日以内 にいられる た者のみ記 入 施設等の名称等 施設等の名称等	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を) 「はい」の場合・所在地	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 とけ取っている場合	3 4 月 日 [定を申請中ですか。 合は「いいえ」を選択し 令和 年 期間 年 期間 年	5 要: から 令和 でください。 月 月 日	日 一 一 一 一	はい年	月 ・ いし 月	日] いえ 日		
ける者)	定の結果等 過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等への入院、入所の 有・無 主治医の氏名	支援更新認 定の場合の み記入 *14日以内 に他自分し た者のみ記 入 施設等の名称等	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を) 「はい」の場合・所在地	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 受け取っている場合 、申請日	3 4 月 日 [定を申請中ですか。 合は「いいえ」を選択し 令和 年 期間 年 期間 年	5 要: から 令和 でください。 月 月 日	日 一 一 一 一	はい年	月 ・ いし 月	日] いえ 日		
ける者) 主治医	定の結果等 過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等への入院、入所の 有・無 主治医の氏名	支援更新認 定の記入 *14日以内 にいられる た者 の名称等 施設等の名称等 施設等の名称等	有 効 期 間 転出元自治体(市 現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を) 「はい」の場合・所在地	令和 年 町村)名 要介護・要支援認 受け取っている場 で、申請日	3 4 月 日 [定を申請中ですか。 合は「いいえ」を選択し 令和 年 期間 年 期間 年	5 要: から 令和 なください。 月 月 日	日 一 一 一 一	はい年	月 ・ いし 月	日] いえ 日		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、佐渡市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業 所、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。

介護申請情報提供書

	□ 自宅							
認定	□ 入院している病院 (病院名:	部屋番号等: 号室)					
調査	□ 入所している施設 (施設名:)					
場所	□ その他 ()					
<i>*</i> 勿パ!	※ 認定調査に支障が生じる場合があることから、	調査時の録音・動画撮影は原則お控えいただきます	すよ					
	うお願いいたします。	W X to 1 / ID A						
認定	立会を希望 □ する □ しない	※希望しない場合、立会人の情報は記入不要です。 ※入院・入所中の場合、家族の立ち合いは原則不要です。	0					
調査	フリガナ	本人との関係						
立会人	氏名							
	電話番号	連絡可能な曜日・時間帯						
日程調	□ 上記立会人と同じ							
整時の	フリガナ 氏名	本人との関係						
連絡先	電話番号	 連絡可能な曜日・時間帯						
	日常生活で介助や介護が必要なもの:□食事 □着替え □入浴 □歩行 □トイレ							
	認知症状: □ あり □ なし							
⊬± ≡⊐	【入院している場合】							
特記	原因:							
事項	 退院後の予定: □ 施設入所希望 □ 自宅へ戻る							
	その他:							
 病院受診	定期受診の有無: □ あり □ なし							
について	次回受診予定日: 年 月 日 日							
	※定期受診がない場合はご自身で病院と調整してください。							
	□ デイサービス (月・火・水	,						
	□ ヘルパー (月・火・水	・木・金・土・日)						
利用状況	□ 短期入所(ショート)(申請後の利用	日: 月 日~ 月 日)						
	□ 福祉用具貸与、購入 □ 住宅改修	□ その他()					
担当ケア	マネージャー(事業所:	氏名:)					

【市役所使用欄】

委託可否: 可・不可 直近の調査:前回(市・委託) ②前々回(市・委託)

今回依頼先: 依頼日:

メモ欄: