介護保険 （要介護認定・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
申請代行者氏名（代筆する者）		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）		
申請者住所	〒 電話番号		

区分変更申請をする場合、その理由	

被保険者（認定を受ける者）	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			
		被保険者証	記号	番号		枝番	
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日		
	氏名			性別	男・女		
	住所	〒 電話番号					
	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　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				
		*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。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。　はい・いいえ 「はい」の場合、申請日　令和　年　月　日				
	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	施設等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日			
		施設等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日			

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

認定を受ける者が第二号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護申請情報提供書

認定調査場所	□ 自宅 □ 入院している病院　（ 病院名：　　部屋番号等：　　号室　） □ 入所している施設　（ 施設名：　　） □ その他　（　　） ※ 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ようお願いいたします。	
認定調査立会人	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。
	フリガナ 氏名	本人との関係
	電話番号	連絡可能な曜日・時間帯
日程調整時の連絡先	□ 上記立会人と同じ フリガナ 氏名	本人との関係
	電話番号	連絡可能な曜日・時間帯
特記事項	家族状況：　□ 独居　□ 同居家族あり 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】 原因： 退院後の予定：　□ 施設入所希望　□ 自宅へ戻る その他：	
病院受診について	定期受診の有無：　□ あり　□ なし 次回受診予定日：　　年　　月　　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。	
サービス利用状況	□ デイサービス　（月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日） □ ヘルパー　（月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日） □ 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：