介護保険 要介護認定・要支援認定(更新)申請書

八女市長

| | | | | | | | | | | | 申請 | 青年月日 | 令 | 和 年 | 月 | 日 |
|----------------|--|---|---|--|--|---------------|--|--|-------------|------------------------|---|--------------|---|--------------------|------------|-----------------|
| | 介護保険被保険者番 | | | <u> </u> | | | | | | | 個人番号 | | | | | |
| | フリガナ | | | <i>t</i> ₩ | | | | <i>A</i> | | | 性別 | | 男 | □女 | | |
| | 被保険者氏名 | | | | 姓 | | | | 名 | | | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | 郵便番 | | 更番号 | | | | | | 電話 | 番号(ハイ | イフンなし | .) | | | | |
| | 住所 | 都道 | | | | 市区 | | | | :地 | | | | | | |
| | 医療保険保険者名 | | | | 町村 | | | L) | 下 | 左侯伊除加 | 7.除耂釆只 | | | | | |
| | 医療保険被保険者記号・番号 | | 記号 | | | | | 医療保険保険者番号 番号 番号 | | | | | | | | |
| 被但 | | | 要介護、要支援 | | □亜介護1 □亜介電 | | | 一人 誰っ「 | _ , | □無人誰 | и П т. / | | | | | |
| 保险 | 前回の要介護認定等 の結果 | | 状態区分 | | □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 □ 要支援1 □ 要 | | | | | | | | | | | |
| 険者の | の桁未 | | 有効期限(始期) | | 西暦 年 年 企業保険 | | 月幽思等。 | | | 西暦 | 年 | 月月無 | <u> </u> | | | |
| | | | | 7 | | | 介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無 | | | | | □ 17 | | | | |
| 情 | | | | 1 | 介護 | 護保険施設 | 設の名称 | ・所存 | 生地等 | | | | | | | |
| 報 | | | | | 期間 | (始期) | 西暦 | | 年 | 月 | E | (終期) | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | 過去6ヶ月の介護 | | 2 | 介護 | 護保険施設 | 設の名称 | • 所在 | 生地等 | | | | | | | | |
| | 保険施設 | | | | 期間 | (始期) | 西暦 | | 年 | 月 | E | (終期) | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | 等への | 入院・ス | 入所 | 3 | ——— 医 | 医療機関の | の名称・ | 所在地 | ——· 也等 | | | 1 | | | ! ! | , |
| | | | | | |] (始期) | 西暦 | 77112 | 年 | 月 | l le | (終期) | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | | | [7 | ļ ļ ļ | 1 (於朔) | 四周 | | ļ/J | <u> </u> | |
| | | | | 4 | 医 | E療機関(| の名称・ | 所在均 | 也等 | | | | | | | |
| L | | | | | | (始期) | 西暦 | | 年 | 月 | E | . (, ,,,,,,, | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| ※ ? | 波保険者の | 代行(対 | 地域包: | _ | | ンター、 l括支援も | | | | など)で甲 指定介護 | | | | □ 人業北↓/□ | /z+t/c=n | |
| 提 | 種別 | | | _ | | 護支援 | | | | _ | | | | □ 介護老人保 □ 指定介護療 | | ; <u>=</u> ⊕ |
| 出 | 夕称 | | | | | | | | | | S FLX | | | | | |
| / L | 名称 ———————————————————————————————————— | | | | | | | | | | | | | □介護医療院 | | |
| 代 | | 孙 | | TD ! | | | | · | | T | | | | □介護医療院 | | |
| 行 | (全 | | 都 | | 更番号 | 2 | 市 | X | | | 電話番号 | | | □介護医療院 | | |
| | 住 | · · · 所 | | 道 | 更番号 | <u> </u> | 市原町村 | | | 1 | 手地 | | | 介護医療院 | | |
| 行 | , | | | | | · · | 市[| | | 1 | | | | □ 介護医療院 | | |
| 行者 | 主治医 | 所 の有無 | | 道 ·県 | | | | | F | 了 了 | 手地 | | | ↑養医療院 | | |
| 行 | , | 所 の有無 | | 道 :県 □ | I | 無 | | | 医 | 療機関名 | 大下 | | | 介護医療院 | | |
| 行者主 | 主治医 | の有無の氏名 | 府 | 道県 | | 無 | 田村 | N | 医 | 療機関名 | 地人下 | | | 介護医療院 | | |
| 行者主治 | 主治医 | の有無の氏名 | 地都 | 道 :県 □ | I | 無 | | 时 I | E | 療機関名 | 大下 | | | 介護医療院 | | |
| 行 者 主 治 医 | 主治医 | の有無の氏名 | 地都府 | 道果が道郷 | 更番号 | 無 | 市[| 时 I | 医 | 療機関名 | 電話番号 | | | 介護医療院 | | |
| 行者 主治医 ※4 | 主治医主治医医療機関 | の有無の氏名の所在はの医療 | 地都府保険加 | 道県道県入 | 更番号 |] 無 | 市[| 时 I | E | 療機関名 | 電話番号 | | | 介護医療院 | | |
| 行者 主治医 ※4 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 | の有無の氏名の所在はの医療 | 地都府和 | 道県が道県入定 | 更番号のみ |] 無 | 市[| 时 I | 医 | 療機関名 | 電話番号 | | | 介護医療院 | | |
| 行者 主治医 第 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 | 所の有無の氏名の所在: | 府 都府 保険加 特 | 道県の郵道県入定のフリ | 更番号のみに病名がナ |]無 | 市[| 时 I | <u>E</u> | 療機関名 | 電話番号 | | | 介護医療院 | | |
| 行者 主治医 第 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 定調査の日 | 所の有無の氏名の所在はの医療情報を | 府 都府 保険加 特 | 道県 郵道県入定プ格 | 更番号のみ名がた氏名 |]無 | 市[| 时 I | 医 | 療機関名 | 電話番号 | 号 | | 介護医療院 | | |
| 行者 主治医 第 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 | 所の有無の氏名の所在はの医療情報を | をおいては、おいては、おいては、おいては、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これで | 道県の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の一種の | 可 のみがナ 氏氏 れている。 のみがける。 ののもれる。 ののもれる。 |]無 | 市[| 时 I | 医 | 療機関名 | 電話番号 | | | 介護医療院 | | |
| 行者 主治医 ※ 第 認 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 定調査の日 関する連 | 所の有無名の所在: たのののののののののののののののののののののののののできます。 おいま はいま はいま はいま はいま はいま はいま はいま はいま はいま は | 地保険報に | 道県の郵道県入定プ格メアド | 更番号 のみ 名 ガナ 名 ルレス |]無 | 市印 | NT X | | 療機関名 | 電話番号科地人下 | 者との関係 | | | | <i>∧</i> -#-=10 |
| 行者 主治医 ※ 第 認 本 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 定調査の日連 | 所の有無の氏名の所在に 療情 はの という はの という はの という はい | を おおり おおり おおり おおり おおり はっぱん はっぱん はっぱん はっぱん はっぱん はっぱん はっぱん はっぱん | 道県工郵道県入定フ絡メア等 | 更番号の病が氏ルレト護保 | 景 | 即加まれている。 | 区村 型図 の | Dr. Wic | 療機関名 | 電話番号 地 人下 電話番 被保険 るときは、 | 者との関係要介護認定 | 定・要支 | 援認定にかかえ | 3調査内容、 | |
| 行者 主治医 《第 認 本人 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 定関する連 介護する。 | 所の有無のの氏名の所を表の所を表の所を表の所を表の情を表しています。 これ | を おおお は | 道県入定ノ絡メア等が | 更番号の病が氏ルスにほん | 景 | 町加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加 | 対 ヌ 対 運営 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 | Dために 市区町 | 療機関名の要があれている。対象であれている。 | 地 (下) 電話番号 地 (下) 電話番号 被保険: るときは、扱 | 者との関係要介護認定 | | 援認定にかかった。 | る調査内容、居宅サー | ビス事業 |
| 行者 主治医 《第 認 本人 | 主治医 主治医 医療機関 10歳~64歳 二号被保険 定関する連 介護する。 | 所のののののののののののののののののののののののののののののののののののの | を おおお は | 道県入定ノ絡メア等が | 更番号の病が氏ルスにほん | 景 | 町加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加加 | 対 ヌ 対 運営 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 変 | Dために 市区町 | 療機関名の要があれている。対象であれている。 | 地 (下) 電話番号 地 (下) 電話番号 被保険: るときは、扱 | 者との関係要介護認定 | | 援認定にかかえ | る調査内容、居宅サー | ビス事業 |

この様式は申請書の裏面へ印刷をお願いします。

【認定調査用連絡票】※記入をお願いします。

| | 申請理由 | | | | | | | | | |
|-------------|--|------------------------------------|------------------------|------------|-------|-------------|--|--|--|--|
| 並 + 日 | 家族状況 | □独居 □夫婦二人 □子供家族と同居 □ その他() | | | | | | | | |
| 新規 | 生きがいデイサービス □利用なし □ 利用あり※認定を受ければ利用できなくなります | | | | | | | | | |
| | 医療系サービス □ 利用なし □ 利用あり(訪問看護・通所リハビリ等)※悶定を受ければ利用できなくなる場合が | | | | | | | | | |
| 更新 変更 | 現在のサービス | | () | | |)□ 訪問リー)(| ハビリ () | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | |
| 以下は 認定結果 | 、、該当のある方の 果の送付先指定がない | みご記入ぐ ^ゝ 場合は、ご | ださい。 ゛本人の住所、 | 、またはī | ちへ登録さ | されている送付 | 付先へ郵送します。 | | | |
| | | (à | 送付先指 | 定届出 | 書】 | | | | | |
| ●認定約 | 結果の送付先を指定る | される場合は | 、下記へご | 記入くだる | さい。 | | | | | |
| | | 認 | 定結果の送付 | 寸先 | | | | | | |
| ₹ | | | | | | 名 絡先 | (続柄) | | | |
| ●認定約 | 結果の窓口受取を希望 | 型される場合 | は、下記へ | ご記入く7 | どさい。 | | | | | |
| | | | 認定結果の | の窓口受耳 | χ | | | | | |
| 受取場 | 所 口 本庁 | | L-~ | 氏名 | | | | | | |
| 連絡先 | _ |) 3 | 支所 | (事業所 委任 | | 有 | <u>(続柄</u> ・ 無 | | | |
| と 浴力 | | | | (提出時 | 占) | 作 | - | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 受付印 | MCWEL入力 被例 | | | | | | | | | |
| | 回収・未回収 有 | | | 有 | | 前回訪問調査員 | Acrocity 送付先確認 | | | |
| | | | (ヶ月) | 1 | 備考 | OCR処理 | 訪問調査 | | | |
| | | | | | | | | | | |