

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
要介護状態区分・要支援状態区分変更認定

申請書

受付年月日

(あて先) 長崎市長 様  
次のとおり申請します。

該当する申請に○をつけてください。

(新規・更新・変更) 申請入力  
入力チェック

◆ 認定を受けたい方の氏名などを記入してください。

被保険者情報表: 被保険者番号, フリガナ, 氏名, 住民票住所, 調査先住所, 保険者名, 被保険者等, 前回の要介護認定の結果等, 変更申請の理由

◆ 本人以外の方が申請される場合に記入してください。

代理人・代行者情報表: 氏名・名称, 住所, 電話番号, 本人との関係

◆ 認定を受ける方(本人)の主治医(入院中の場合は、原則として入院先の医師)又主治医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入してください。

主治医情報表: 主治医氏名, 所在地, 医療機関名, 電話番号

◆ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみ記入してください。(医療保険情報が確認できる書類等の写しを添付してください。)

特定疾病名表: がん, 関節リウマチ, 筋萎縮性側索硬化症, 後縦靭帯骨化症, 骨折を伴う骨粗鬆症, 初老期における認知症, パーキンソン病関連疾患, 脊髄小脳変性症, 脊柱管狭窄症, 早老症, 多系統萎縮症, 糖尿病性(神経障害・腎症・網膜症), 脳血管疾患, 閉塞性動脈硬化症, 慢性閉塞性肺疾患, 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

◎ 訪問調査の際、家族等の同席を希望される方は、同席者の氏名、連絡先を記入してください。(連絡先については、同席者及び日程調整を行う方の連絡先を記入してください。)

同席者情報表: 調査時の同席, フリガナ, 同席者の氏名, 連絡先①, 連絡先②, その他

◎ 直近のサービスの利用状況  介護サービス利用なし

サービス利用状況表: 住宅改修, ショートステイ・小規模宿泊利用期間, 居宅療養管理指導, 在宅生活支援事業, 透析・受診・往診の状況

※訪問・通所サービス等について詳細に記入してください(ヘルパー等の略称可)

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、長崎市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、長崎市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。  
更新申請について、認定有効期間内に認定を行うことができるときは、申請日から30日を越えた場合でも延期通知を必要としないことに同意します。

本人氏名

※同意欄は本人が署名してください(本人が自書できない場合は、本人の同意を得て代筆する事は可能です)。

(注)申請の際には「介護保険被保険者証」を添付してください。(R8.4)

訪問・通所サービス等について詳細に記入してください(ヘルパー等の略称可)の表: 月, 火, 水, 木, 金, 土, 日, 午前, 午後