

様式第5号(第7条関係)

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 〕申請書

(宛先)志摩市長

(宛先)鳥羽志勢広域連合長

次のとおり申請します。

										申請年月日			年 月 日						
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			年 月 日						
氏名										性 別									
住 所										〒									
										電話番号									
前 回 の 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					年 月 日から 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 年 月 日															
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無										介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日				
										介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日				
										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日				
有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日				

提 出 代 行 者	名称 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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)											
	住 所 〒											
電話番号												

主 治 医	主治医の氏名				医療機関名			
	所在地 〒				電話番号			

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

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、及び主治医意見書を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

認定調査連絡票

日程調整や調査当日に、配慮すべきことを調査員に伝えるためにご協力ください。

また後日、鳥羽志勢広域連合介護保険課から、訪問調査日を電話連絡します。

1. 被保険者名	フリガナ	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居
	氏名		<input type="checkbox"/> 高齢者(夫婦)世帯 <input type="checkbox"/> 子等家族と同居 <input type="checkbox"/> その他()
2. 訪問調査希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望する日、都合の悪い日(曜日)が、あればご記入ください。 (申請日より、1週間後を目処に記載してください)		
* 1 調査時間は、① 午前9時30分、② 午前11時00分、③ 午後1時30分、からの1時間程度です。 * 2 鳥羽市・志摩市以外の地域、離島については、午前中の調査となります。			
3. 調査希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 ⇒ 駐車場の有無		<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 駐車場所 ()
	<input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 病院名 () 病院 号室 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
4. 調査時の同席者	<input type="checkbox"/> いない		
	<input type="checkbox"/> いる () 人	代表者 フリガナ 氏名	続柄等 ()
昼間連絡のつく電話番号(携帯等):		希望の時間	時頃
ケアマネ同席の場合、事業所名を記載 ()		担当者 ()	
※ 同席は最少人数で、調査を受ける方の日頃の様子を、お話いただける方をお願いします。			
5. 申請理由 <input type="checkbox"/> 病院ですすすめられた <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)などを利用したい <input type="checkbox"/> 住宅改修(手すり設置など) <input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル <input type="checkbox"/> その他、()に理由(体調不良など)を記入してください。			
6. 調査時に注意することや、終末期等の理由で急がれる方は、その旨をご記入ください。			

鳥羽志勢広域連合 介護保険課
 志摩市磯部町迫間2番地
 電話：0599-56-1050 FAX：0599-56-1022