

大洲市介護保険要介護認定・要支援認定申請書

大洲市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

提出 代 行 者	氏名 または 事業所の名称	※被保険者本人が提出する場合は本欄の記入は不要です 親族(本人との関係:) または 代行業者 (事業所担当者名:)	該当するものに○ ・地域包括支援センター ・指定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 ・介護医療院 ・地域密着型介護老人福祉施設
	住 所 または 事業所所在地	〒 _____ 電話番号 _____	

被保険者番号		個人番号	
医療 保 険	保険者名称 および番号	□愛媛県後期高齢者医療連合(39382072) □大洲市(380071) □全国健康保険協会愛媛支部(01380013) □その他()	
	被保険者証	記号	番号 枝番
フリガナ		生年月日	T・S 年 月 日
氏 名		性 別	H
住 所		〒 _____ 電話番号 _____	
主たる介護者の氏名 及び連絡先		(続柄) _____ 電話番号 _____	
医療機関等入院の有無		医療機関等の名称等	
有 ・ 無		所在地	
※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	

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	〒 _____ 電話番号 _____

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証(写)を添付してください。

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若しくは地域生活支援のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、大洲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、在宅介護支援センター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 _____

(市処理欄) (代筆者氏名) _____

保険証	受 付	意 見 書		調 査 予 定	審 査 会	判 定	有 効 期 間
		依 頼	返 送				
有・無							か月

認定調査訪問連絡票

大洲市

調査訪問場所 (希望する場所に○を付けてください。)	居住地	・表面住所に同じ ※施設の場合は施設名称「 _____ 」		
	グループホーム・老人ホーム等の施設を含む。	・表面住所と異なる場所「 _____ 」 住 所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入下さい。)		
		電話番号 (_____)方		
	入院中	病院名 _____ (_____ 号室) 退院予定日 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日予定)		
	施設入所中	施設名称 _____ 施設所在地 _____ 電話番号 _____		
調査時の 同席の有無	希望有り	⇒	同席者氏名	
	希望無し		同席者住所	
備考欄 (サービス状況、その他連絡事項等) ※新規申請のときは、希望するサービスも書いてください。		被保険者との続柄		
※自立のサービス(有・無)		連絡先電話番号	自宅	
			職場	
			携帯	
		調査希望日等		

※調査スケジュール都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますので、ご了承下さい。

※この連絡票をもとに調査員が直接電話にて連絡しますので、訪問調査日時をご相談下さい。

※調査員記入欄 介護者の状況	同居人 有・無(お1人暮らし)			意見書問い合わせ等 ※市記入欄
	主たる介護者 有・無	性別		
		年齢		
	同居の別 同居・別居・別棟	続柄		
備考				

保険証等送付先

ライフ/P 処理