

介護保険認定申請書

大分市長 殿

次のとおり申請します。

受付印

申請区分 (○をしてください)	1. 新規 2. 更新	申請識別区分 (○をしてください)	1. 要介護 2. 要支援	申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名 又は 事業所名	提出代行者の場合は、該当するものに○をしてください。 (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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)		被保険者との 関係	提出代行者 ()
	住所 又は 所在地	〒 () 電話番号 ()			

訪問調査の立会いを希望する場合は、立会人の氏名、連絡先等を記入してください。
また、訪問調査に当たって特に知らせておきたい事項等がありましたら記入してください。

立会人 有・無	氏名 TEL ()	被保険者との関係 ※ケアマネジャー立会いの有無 有・無	調査希望日等 (サービス利用日等) その他の連絡事項	※詳しくは裏面にご記入ください。
------------	-------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------

被保 険者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
保 険 者	氏名		性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 () 電話番号 ()			
險 者	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2	
	施設利用の有無 (調査場所等) 有・無 (有の人は右側を記入)	有効期限 年 月 日から 令和 年 月 日			
	14日以内に他自治 体から転入した人 のみ記入	該当するものに○をしてください。(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・医療機関・その他の施設)			

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 () 電話番号 ()		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入	医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号	
	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、この介護保険認定申請に係る認定調査票及び主治医意見書の写しを資料提供申請者に交付することに同意します。
また、この申請による認定等結果を、大分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、介護保険施設又は地域密着型サービス事業者の関係人及び主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。
(更新申請の場合のみ) 私は、申請日から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、要介護認定等延期のお知らせの省略に同意します。

本人記名

介護申請の場合のみ記入してください。
(新規・更新申請を除く。)

申請の理由	
-------	--

裏面の資料提供申請の内容 (✓点をつけてください。)

<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項)
<input type="checkbox"/> 主治医意見書

チェック欄 (記入しないでください。)

電算入力 <input type="checkbox"/>	入力チェック <input type="checkbox"/>	再交付 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

【認定調査に関する連絡事項】

		月	火	水	木	金	土	日
サービス利用状況	通所(種別)							
	訪問(種別・時間)							
通院状況(透析・受診・医療リハ等)								
その他サービス利用	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入()品 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与()品 <input type="checkbox"/> その他()							
調査に関する留意事項								
心身の状況や病状サービス希望等								

資料提供申請書(表面の提出代行者に限る)

表面の介護保険認定申請について被保険者の同意があるときは、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、要介護認定等に関する資料について提供されるよう申請します。

申請の内容については、表面下段に記載しております。

なお、資料の提供を受けた際は下記の誓約事項を遵守し、私の責任で資料を適正に管理することを誓約します。

提出代行者の名称 _____

代表者の氏名 _____

住 所 _____ 電話番号(_____)

介護(介護予防)サービス計画作成者 _____

被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	

- 私は、提供を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という)に関する情報(以下「本人情報」という)を本人の介護(介護予防)サービス計画の作成または認知症加算の算定以外の目的には使用しません。
- 私は、本人の同意を得ることなく本人情報を本人以外の者に知らせ、若しくは提供することはしません。
- 私は、職員その他の従事者または職員その他の従事者であった者が上記1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 私は、提供を受けた資料を複写し、または複製しません。
- 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失・破損しないよう適正な保管に努めるとともに、紛失または破損した場合は、直ちに大分市に連絡し、その指示に従い対処します。
- 私は、本人との居宅介護支援または施設サービスの提供に係る契約関係が終了したとき、または提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料を大分市に返却するかまたは責任を持って破棄します。
- 私は、大分市から提供資料の提示または提出若しくは返却を求められたときは、速やかに応じます。