**様式第3号（第5条関係）**

**要介護認定・要支援認定**

**要介護更新認定・要支援更新認定**

**介　護　保　険**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**申　請　書**

**伊予市長　様**

**次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請年月日　　　令和　　　　　 年　　　　 月　　　　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被　　　保　　　険　　　者** | **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** | **明治・大正・昭和　　　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | |
| **氏　　　名** | |  | | | | | | | | | | | |
| **性別** | **男　　・　　女** | | | | | | | | | | | | | |
| **住　　　所** | | **〒**  **電話** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **年　　月　　日～　　　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | |
| **医療機関等の名称等・所在地** | | | | | | | | | | | | | **期　　　　間** | | | | | | | | | | | | | |
| **有　・　無** | |  | | | | | | | | | | | | | **年　　月　　日～　　　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **年　　月　　日～　　　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **提出代行者** | **名　称** | **該当に○をして下さい（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・介護医療院）** |
| **住　所** | **〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **主　治　医** | **主治医氏名** |  | **医療機関名** |  |
| **所　在　地** | **〒**  **電話** | | |

**２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **特定疾病名** |  |

**介護サービス計画を作成する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（指定医）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、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。要介護（支援）認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護（支援）認定の有効期間内に要介護（支援）認定を行うことができるときは、当該認定が更新申請の日から30 日を超える場合であっても、市が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。要介護認定・要支援認定に係る調査実施のために前回の調査内容を認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。**

**本人氏名**

**訪問調査連絡票**

**※訪問調査の日時は、調査員から電話連絡のうえ、ご相談させていただきます。**

**※本人・同席者等への調査日時の連絡は、調査日時相談者からお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **↑調査日時相談者に✓を入れてください** | **本人**  **□** | **電話番号** | **（自宅）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯）** | | |
| **担当ケアマネジャー**  **□** | **事業者名** |  | | |
| **担当者**  **氏名** |  | **調査同席** | **有　・　無** |
| **電話番号** | **（職場）** | **（携帯）** | |
| **上記以外**  **□** | **氏名** |  | | |
| **被保険者との関係** | **□家族（続柄：　　　　　　　　　　　　）**  **□その他（　　　　　　　　　　　　　　 ）** | **調査同席** | **有　・　無** |
| **電話番号** | **（自宅）**  **（職場）** | **（携帯）** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **調査場所** | **１ 　本人自宅（保険証に記載されている住所）** | | | | | |
| **２　 家族宅** | | **所在地世帯主** |  | **電話番号** |  |
| **住所** |  | | |
| **３** | **入　院**  **入所施設** | **入院先**  **入所先** |  | | |
| **家族状況** | **独　居　　・　　同　居（　配偶者　・　子　・　その他〔　　　　　　　　　　　〕　）** | | | | | |
| **介護サービス利用状況**  **（現在利用しているサービス・今後利用を考えているサービスに〇印をつけて下さい。）** | | | 訪問介護　訪問看護　訪問入浴　訪問リハビリ　通所介護（デイサービス）　施設サービス  短期入所（ショートステイ）　通所リハビリテーション（デイケア）　福祉用具（レンタル・購入）　住宅改修　その他（　 　　　　　 　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **連絡事項**  **※現時点でご都合の悪い日等があればご記入ください。** |  | | | | | |
|  | | | | | |

**※訪問調査は、原則として、（月～木曜日）9：00～15：00、（金曜日）9：00～12：00とさせていただきます。調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。**