

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

()

豊後大野市長 様

次のとおり申請します。

提出 代 行 者 ※	氏名または 名 称		本人との関係 ※提出代行の担当 ケアマネジャー氏名	
	提出代行者 住 所	電話番号		

※ 申請者が本人の場合は記載不要です。

申請理由 (必須)																						
申請年月日	年 月 日																					
被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	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	区 分						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。 []													
		有 効 期 間	年 月 日		年 月 日		※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	はいの場合 申請日 []														
過去6月間の介護保険 サービス利用状況	施設サービス (短期入所を除く)	名称																				
	在宅サービス (該当に○)	住所系サービス	訪問系サービス	福祉用具貸与・購入 グループホーム																		
		住宅改修	短期入所																			

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

医療保険者名			医療保険被保険者証 記号番号・枝番		
--------	--	--	----------------------	--	--

※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

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、主治医意見書、豊後大野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、豊後大野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。

介護保険係	チェック欄
確 認	入 力

私は介護保険法の精神に則り、介護保険を尊厳の保持と自立支援のために利用することを誓約します。

※代筆の場合も本人氏名のご記入をお願いします。

本人署名

代筆者名

介護保険 主治医意見書作成依頼書 ()

年 月 日

医療機関の長 様

豊後大野市長

次の者について「介護保険主治医意見書」の作成をお願いします。

申請年月日	年 月 日																	
被 保 険 者	被保険者番号									個人番号								
	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	区 分 有 効 年 月 日 期 間 年 月 日																

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

この依頼書を受け取った次の日から7日以内に、意見書を作成し、封筒に封入、のり付け、割印の上（開封無効）、本人又は代理者に渡すか、下記あてに郵送してください。

※なお、14日を過ぎても作成できない場合は介護保険係までご連絡ください。

問い合わせ先

豊後大野市高齢者福祉課

住 所 〒879-7198

大分県豊後大野市三重町市場1200番地

電 話 番 号 0974-22-1001 (代)

介護保険 要介護認定訪問調査依頼書 ()

指定居宅介護支援事業者等代表者 様

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します。

代 提 行 者 出	氏名または 名 称		本人との関係 ※提出代行の担当 ケアマネジャー氏名	
-----------------------	--------------	--	---------------------------------	--

申請理由 (必須)																																
申請年月日	年 月 日																															
被 保 険 者	被保険者番号															個人番号																
	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	区 分																														
		有 効 年 月 日																														
		期 間 年 月 日																														
過去6月間の介護保険サービス利用状況	施設サービス (短期入所を除く)		名称															所在地														
	在宅サービス		通所系サービス			訪問系サービス			福祉用具貸与・購入						グループホーム																	
			住宅改修			短期入所																										

- 1 要介護認定調査票は、所定の様式（OCR用紙）により、下記あてに提出してください。 なお、この依頼書を受け取った次の日から7日以内に提出してください。
- 2 期限までに調査を完了しない見込みであるときは、下記問い合わせ先まであらかじめご連絡の上、指示を受けてください。
- 3 この調査を第三者に再委託することは出来ません。
- 4 調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
- 5 調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。
- 6 本市が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。
- 7 上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本市介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。

年 月 日

豊後大野市長

問い合わせ先

豊後大野市高齢者福祉課

住 所 〒879-7198

大分県豊後大野市三重町市場1200番地

電 話 番 号 0974-22-1001 (代)

介護認定調査に係る確認表

()

豊後大野市の認定調査員が要介護認定調査を行います。つきましては下記の該当するところに具体的な内容のご記入をお願いいたします。

被保険者番号		対象者氏名	
--------	--	-------	--

1	高齢者福祉サービスの利用状況 (過去6ヶ月以内)		利用していない			
			利用している 外出支援 配食サービス その他()			
2	ご家族の状況	家族と同居		高齢者夫婦のみ		ひとり暮らし
3	調査場所	自宅				
		自宅以外(病院・施設含む)				
		名称()		電話番号()		
		住所()				
		入院・入所期間()		~		
4	日程調整の連絡先	本人	/			昼間の連絡先
		家族				氏名
		その他	続柄	担当者	昼間の連絡先	
		事業所名	続柄			
5	調査同席者	必要ない				
		必要ある				
		氏名()				
		続柄()				
6	調査員に事前に知らせておきたいこと					
7	通院・介護サービスの利用状況	月	火	水	木	金
8	その他 (土・日の通院・介護サービスの利用状況も含む)					
9	提出代行者	事業所		氏名		連絡先

※本確認表は介護認定調査を迅速かつ円滑に行うために利用します。従いまして、本表で確認した情報を介護認定以外の目的での利用は行いません。