介護保険

要介護認定·要支援認定 新規·更新·区分変更

申請書

福津市長 様

一個学問文 様 次のとおり申請します。							E	自詰む	年月日		令和		年		月	E	}
介護保険									人番号								
被保険者番号								III /	- ш								
医 保険者名							1	呆険	者番号	<u>-</u>							
医療保 保 機 に対する 被保険者 記号・番号	記号						番号						枝番				
被フリガナ		•				•	生 点	1月日		明	·大·E	昭	年		月	日生	Ē
氏 名							土土	一月1	H 					(歳)	
							性	5	訓			5	男	•	女		
保 住 所	₸										電話	番号					
						支援状態区分 1 2											
の結果等	有効期	間			年		月		日	から	ı		年		月		日
申請の理由																	
者 過去6月間の	介護保険	施設の名	名称・戸	听在地	Ī				期	間	年	月	J 日·	~	年	月	月
介護保険施設・ 医療機関等	介護保険	施設の名	名称・戸	所在地	Ī				期	間	年	月	月	~	年	月	月
入院・入所の有無	医療機関	等の名称	∳•所	主地					期	間	年	月	日	~	年	月	日
有・無	医療機関	等の名称	\$·所	土地					期	間	年	月		~	年	月	日
提名称									•								
出 または 氏名											(Let VI	<i>r .</i> /⊶	talont.				\
代											(担当	1 • 約	<u> </u>)
行 住所 者											電話	采旦					
												ゴク					
主治医の氏名	3	医療機関名															
主治医 所在地	電話番号																
 号被保険者(40 歳から 6	 4歳の医	療保陥	加入	(者)	のみ	紀					电炉	r田 ク					
特定疾病名	- 1/1/V - 5 157	V21/1/1/2/	44H)	- 11/		, нЦ/	•										
主治医音見書作成医師から	о ф) П	11 8 Jr). III			·>+L	-		olerl a b	ът. љ	== 1	L-7 -	.) 77	~ 10-7		3714h	

主治医意見書作成医師からの申し出があった場合は、福津市から審査判定結果を開示すること、及び要支援認定・非該当認定を受けた場合、介護予防サービス計画を作成するため、又は地域支援事業利用支援のために必要があるときは、介護保険要介護(要支援)認定申請書、要支援認定にかかる調査内容、審査判定結果・意見及び主治医意見書を、福津市から福津市地域包括支援センターに提示することに同意します。

また、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持促進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることを誓約します。

本人または親族署名(※)

続柄

)

※署名できない場合は記名押印可

本人の生活の場			在宅 • 施設入所中
居宅の届け	有 • 無		
サービス利用	介護保険内	過去に利用した利用中利用なし検討中	訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 短期入所(生活介護・療養介護) 福祉用具貸与 居宅療養管理指導 特定福祉用具販売 住宅改修 グループホーム 特定施設 特別養護老人ホーム 老人保健施設 介護医療院 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 総合事業(訪問 B 訪問 C 通所 C) その他(
	介護保険外	・過去に利用した・利用中・利用なし・検討中	介護用品 配食 捜してメール 緊急通報装置 その他()
本人の状態、困っていること (申請理由等…)	有・無		

)

氏名計(

認定調査予約日時	月 日()	9:00 10:30	13:30 15:00					
調査希望日時など	曜日	時間	帯					
家族の認定調査	家族の意向確認は							
立ち会いについて	済(立ち会う・立ちき	会わない)月_	日確認					
【立会者】	氏 名	電話番号	連絡可能な時間帯					
		自宅・勤務先・携帯	;					
家族(続柄)								
	()							
その他(続柄など)								
		╮ //- =ҧ /						
認定調査実施場所	自宅・入所(入院)施設(
	駐車スペース あり(自 │	- 七駐単場・路上・())・なし					
意思疎通や調査時	あり・ なし							
気を付けて欲しい	物忘れなどがある・何でも出来ると答えてしまう・とても疲れやすい							
こと	未告知の病気がある(病名:)・耳が聞こえにくい							
	伝染性の病気がある(病名:)・言葉が出にくい							
	その他(
	別室での立ち会い者への確認 (必要・不必要)							
最終受診日	年月日次[回受診日	年 月 日					
現在利用している	現在利用している 口居宅サービス(グループホーム、特定施設入所者生活介護を除く)							
□施設サービス								
サービス 口グループホーム、特定施設入所者生活介護、介護用品給付(オムツ)								
※保険者記入欄(以下は記入しないでください)								
受診要請	必要 · 不要	伝 達 湯	・ 未()					
受診日	月・火・水・	木・金・土	. (時間)					
決定調査日	令和 年 月	日()	時 分					
連絡事項など								