

(両面印刷してください)

介護保険 要介護認定・要支援認定

介護保険被保険者証の「番号」をご記入ください

長崎県西彼杵郡長与町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 4 2 3 0 7 9	個人番号	2			
	医療 保 険	保険者名	長崎県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39423074		
		被保険者証	記号	番号	20220325	枝番	
	フリガナ	ナガノ マチコ			生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	長与 町子			年齢	△△	性別
住所	〒851-2128 長与町嬉里郷 6 5 9 番地 1			住民票の住所を記入してくださいと連絡先をご記入ください 電話番号 095-883-1111			
前 回 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護・要支援更新認定、区分変更等の場合記入	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	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	
	介護保険施設の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地 西彼杵病院 長与町まなび野 1 丁目 2022 番地 3				期間	R*年 *月 *日 ~ R*年 *月 **日	

申 請 者	氏名	長与 次朗	被保険者との関係	夫
	提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・ <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設・ <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"/> 介護医療院・ <input type="checkbox"/> その他() ※該当するものに✓してください。 申請された方のお名前と関係(続柄等)および住所をご記入ください		
	住所	〒851-2128 長与町嬉里郷 659 番地 1 電話番号 095-883-1111		

主 治 医	主治医の氏名	西彼 一郎	医療機関名	西彼杵病院
	所在地	〒851-2130 長与町まなび野 1 丁目 2022 番地 3 現在の本人の状態に一番詳しい主治医の先生の名前と医療機関名をご記入ください		

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 ※健康保険証の写し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 40歳から64歳までの方のみご記入ください。特定疾患に該当するか確認したい時は主治医の先生にお尋ねください。申請時には健康保険証のコピーを添付してください

居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者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ついて

同意する ・ 同意しない ※必ずどちらかに✓をつけて下さい。

(両面印刷してください)

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 更新 ・ <input type="checkbox"/> 区分変更
------	--

※いずれかに✓をつけてください。

■連絡事項 ※ **新規申請**の場合は、希望するサービスを記入してください。
区分変更または**要支援者の要介護新規申請**の場合は、その理由を記入してください。

【新規申請の場合】	・ 認知症が進行したため、施設入所を希望。 歩行が不安定なため、継続的なりハビリを希望。等
【区分変更等の場合】	状態が悪化したため、現在のサービスだけでは不十分であるため。等

認定調査について

要支援・要介護認定のために、訪問調査では、日頃の本人の心身の状態や家族等の介護状況について聴き取りを行います。そのため、できるだけ日頃の状態をよく知っておられる介護者等の同席をお願いしています。円滑に訪問調査及び日程調整等を行うために、申請の際にご記入いただきますようお願いいたします。

1. 被保険者氏名 長与 町子 (一人暮らし ・ 高齢者のみ ・ その他)

2. 訪問調査時の同席者の有無について ※ いずれかに✓

調査される本人の日頃からの様子をよく知っている方で認定調査時に同席可能な方をご記入ください

同席者あり 申請者と同じ (※申請者と同じ場合は連絡の取れる時間帯のみ記入をお願いします)

氏名	長崎 実代	被保険者との関係	長女	電話番号	095-819-0000
住所	長与町北陽台2丁目2022番地25				※被保険者と同住所の場合は記入不要
連絡の取れる時間帯	9 : 00		～	16 : 00	

※ 調査員からの連絡は、平日の9:00～12:00、13:00～16:30の間といたします。ご了承ください。

同席者無し ※ この場合、心身の状態に関しての聴き取りに対し十分に受け答えができるものとし、本人からのみ聴き取ります。

調査可能な曜日・時間帯 ※○印をお願いします。

	月	火	水	木	金
午前	○		○		○
午後	○		○		○

※ 調査開始時間は、平日の9:30～11:00、13:30～15:30の間といたします。ご了承ください。

■調査を希望する場所に✓をつけて下さい。居住地以外の場合は名称・所在地をご記入下さい。

【調査場所】	<input checked="" type="checkbox"/> 居住地 ・ <input type="checkbox"/> 入院施設 ・ <input type="checkbox"/> 入所施設 ・ <input type="checkbox"/> 住民票の住所と異なる住宅等
	(入院・入所期間)
【名称】	
【所在地】	
	電話番号

3. サービスの利用状況について

現在、利用されている介護サービス等ございましたら、ご記入下さい。また、調査に何う際の参考とさせていただきますので、サービスの種類・利用する曜日についてもご記入下さい。
 ※住宅改修、福祉用具購入・レンタルなども含む

--