



## 同意事項

- ①介護サービス計画作成等のために必要がある時は、要介護・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・意見及び主治医意見書を倉敷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もしくは介護保険施設等の関係者に写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ②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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ③保険料滞納による支払方法の変更、保険給付の一時差止、給付額減額等の措置が行われた場合、その内容について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又は介護保険施設等に通知することに同意します。
- ④要支援1・2になった場合は、介護予防サービス対象者として、また、要介護・要支援に該当しなかった場合は、総合事業対象者を把握するために必要な内容について、地域包括支援センターに通知することに同意します。
- ⑤更新申請において、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、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(延期通知)を省略することに同意します。

家族等が申請する場合

\*\*添付していただくもの\*\*

介護保険被保険者証

※65歳未満で該当する特定疾病のある方は、医療保険者証(写し)

てください。

# 定申請書

ます。

申請者との関係( )

電話番号 ( )

受付 倉・水・児・玉・真

申請種別

新規・更新・事前・福祉引継ぎ  
変更(要介護新規含む)・転入

申請年月日

令和 4 年 4 月 1

氏名

被保険者番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

個人番号

フリガナ

クラシキ ハナコ

性別

生年月日

年齢

氏名

倉敷 花子

男

明治

1 1

1 1

2

8 6

女

昭和

年

月

日

歳

住所

(住民登録上の住所)

倉敷市西中新田\*\*\*

電話番号 086 (\*\*\* )\*\*\*\*

医療保険者名

岡山県後期高齢者医療広域連合

医療保険者番号

39332028

医療保険被保険者証

記号

番号

\*\*\*\*\*

枝番

前回認定

非該当・要支援( )・要介護( )

平・令

年

月

日

~

平・令

年

月

日

※14日以内に他自治体から転入した場合

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。

はい(申請日:令和 年 月 日)・いいえ

(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。)

変更申請理由

前回の状態に比べて

(改善・悪化)したため。

提出代行者

氏名

代理人(続柄: 子)・提出代行者(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設)

または

名称

倉敷 一郎

事業者コード

□□□□□□□□□□

※代理人申請の場合は印不要

住所

または

所在地

倉敷市西中新田\*\*\*

電話番号 086 (\*\*\* )\*\*\*\*

■認定審査会の資料となる「主治医意見書」を記入してもらう医療機関名等をご記入ください。

医療機関名	○△病院	主治医氏名	児島 医師
所在地	倉敷市白楽町***	診療科名	内科
	電話番号 ( )	最終診察日	R4 年 3 月頃 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

■認定調査について必要事項をご記入ください。

日程調整のための連絡者	<input type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 連絡者 ⇒ (フリガナ) クラシキ イチロウ 倉敷 一郎 続柄(子)
連絡する時間帯	<input checked="" type="radio"/> いつでも可 ( ) ~ ( ) ※平日の17時15分以前でお願いします
立会人	<input checked="" type="radio"/> 有 [連絡者と氏名異なる場合: 倉敷 裕子 続柄: 子の妻] <input type="radio"/> 無
調査先	<input checked="" type="radio"/> 住所地 <input type="radio"/> 施設 (介護保険施設への入所・短期入所) <input type="radio"/> その他施設等 ( )
	病院 (入院日 平・令 年 月 日 退院予定日 令和 年 月 日) ※入院又は手術後間もない場合…認定調査を実施できる状態であるかを主治医に確認してください。
名称	(※)調査場所が住所地以外の場合にご記入ください。
号室	所在地 電話番号 ( )

※第2号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)は特定疾病名の記入及び医療保険証の写しが必要です。

特定疾病名	
備考	(※末期がん等で早急に要介護認定が必要な場合はその旨をご記入ください。)
	↓調査不可の曜日があれば×を 月・火・水・木・金
	調 査

裏面の同意事項について、同意します。

被保険者氏名 倉敷 花子

## 同意事項

- ①介護サービス計画作成等のために必要がある時は、要介護・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・意見及び主治医意見書を倉敷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もしくは介護保険施設等の関係者に写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ②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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ③保険料滞納による支払方法の変更、保険給付の一時差止、給付額減額等の措置が行われた場合、その内容について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又は介護保険施設等に通知することに同意します。
- ④要支援1・2になった場合は、介護予防サービス対象者として、また、要介護・要支援に該当しなかった場合は、総合事業対象者を把握するために必要な内容について、地域包括支援センターに通知することに同意します。
- ⑤更新申請において、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、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(延期通知)を省略することに同意します。