

受付欄

春日部市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2		
	医療 保険	保険者名	春日部市										保険者番号	110148												
		被保険者証	記号	614										番号	11111						枝番	01				
	フリガナ	カスカベ タロウ												生年月日	明・大・昭 11年1月1日											
	氏名	春日部 太郎												性別	男・女											
	住所	〒344-8577 春日部市中央七丁目												前回の要介護状態区分と有効期間を記入してください。												
	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											
			有効期限 R6年12月1日 から R7年11月30日 まで																							
	変更申請の 理由	状態悪化のため												理由は簡潔に 詳細は裏面に記入してください。												
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 春日部市立医療センター												期間 R7年 7月24日～R7年8月10日												
	介護保険施設等の名称等・所在地												期間 年 月 日～年 月 日													
	医療機関等の名称等・所在地												期間 年 月 日～年 月 日													
有・無	医療機関等の名称等・所在地												被保険者の親族、または申請を代行する居宅介護支援事業所等の 名称を記入してください。													

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定居宅介護福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 春日部 花子 (妻)																					
	住 所	〒 同上 電話番号 000 (000) 0000																					

主 治 医	主治医の氏名	粕壁 次郎												医療機 関名	春日部市立医療センター											
	所 在 地	〒344-8588 春日部市中央六丁目7番地1												電話番号 048-735-1261												

第2号被保険者(40歳から64歳までの)		主治医の名前をフルネームで記入してください。 (しばらく受診がない場合は受診するようにしてください)																					
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・意見及び主治医意見書を、春日部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同意します。また、更新申請において、申請日から30日以内に認定がなされない場合、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名	春日部 太郎																						代筆	春日部 花子 続柄 (妻)																					
------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

該当の申請区分にレ点をしてください。		(被保険者番号)	
被保険者氏名		春日部 太郎 ・ 1234567890	
日程調整先	・ 氏名	かすかべ はなこ 春日部 花子 (被保険者との関係) 妻	
	・ 連絡先 (日中連絡可)	000-000-0000	
<input checked="" type="checkbox"/> 立会者 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	立会者氏名	担当ケアマネで調査可能な場合はケアマネの氏名、事業所名、調査できる旨ご記入ください。 調査当日の連絡先もご記入ください。	
	被保険者との関係		
調査場所 【 <u>自宅</u> ・その他】 どちらかに○を付けてください	病院名・施設名等：	入院入所中の方は病院、施設名称と入院入所の期間と病棟をご記入ください	
	住所： 344-8577 春日部市中央七丁目 2 番地 1 期間：		
メモ欄 ・ 区分変更・介護新規の方はご回答ください。 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 2 号被保険者の場合は特定疾病をご記入ください。 ・ <u>心身の状態像</u> について 例) 筋力低下、もの忘れあり ・ <u>調査日</u> について 例) 透析・通院のため月・水・金は不可 デイサービスのため木曜日は不可 ・ <u>入院・入所、退院・退所</u> について 例) 令和 7 年 1 月末退院予定 ・ <u>駐車スペース</u> について ・ <u>担当ケアマネジャー</u> など			
備考 (職員記入欄)		申請区分に関係なく調査員に伝えたい事項をメモ欄にご記入ください	