

介護保険
 {

 要介護認定・要支援認定
 要介護更新認定・要支援更新認定

}
 申請書

小林市長 肥後 正弘 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	6	0	0	0				申請年月日	平成	年	月	日	
	フリガナ										生年月日	明大昭	年	月	日
	氏 名										性 別	男	・	女	
	住 所	〒 電話番号													
	前回の要介護認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2													
	※要介護・要支援更新認定の場合記入	有効期間													
	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 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
		介護保険施設の名称等・所在地										期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
		医療機関等の名称等・所在地										期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印												
	住 所	〒 電話番号												

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	電話番号		

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、小林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。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

小林市長様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	6	0	0	0						申請年月日							
	フリガナ											生年月日							
	氏 名											性 別	男 女						
	住 所	〒										電話番号							
	前回の要介護 認定結果等 ※要介護・要支援 更新認定の場合記	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2							
		有効期間																	
	変更申請の理由																		
	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 平成	年	月	日	～	年	月	日
		介護保険施設の名称等・所在地										期間 平成	年	月	日	～	年	月	日
		医療機関等の名称等・所在地										期間 平成	年	月	日	～	年	月	日
医療機関等の名称等・所在地										期間 平成	年	月	日	～	年	月	日		

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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印											
	住 所	〒										電話番号	

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名		
	所 在 地											電話番号		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号		
特定疾病名													

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、小林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。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取り下げ申出書

小林市長 肥後 正弘 様

平成 年 月 日に申請しました要介護認定・要支援認定について、次のとおり取り下げいたします。

申出者(被保険者) 氏名	印	被保険者 番 号															
-----------------	---	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所	〒	電話番号
-----	---	------

理由

提出者名	電話番号	提出代行の場合(本人との関係)
------	------	-----------------

提出者住所	〒
-------	---

取り下げ年月日	平成 年 月 日
---------	----------

保険者処理欄	☐ 被保険者台帳	受付年月日
	☐ 申請書	
	☐ 主治医意見書	
	☐ 認定結果通知書返納	
	☐ 被保険者証記載消除	

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

										区 分				
										新規 ・ 変更				
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ					0	6	0	0	0					
					生 年 月 日					性 別				
					明 大 昭					男 ・ 女				
					年 月 日									
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者														
事業者の事業所名				事業所の所在地 〒										
				電話番号										
事業所を変更する場合の事由等				※ 事業所を変更する場合のみ記入して下さい。										
変更年月日 (平成 年 月 日付)														
小林市長 肥後 正弘 殿														
上記の居宅介護（予防）支援事業者に居宅計画の作成を依頼することを届出します。														
住 所														
被保険者 電話番号														
氏 名 印														
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複												
		☐ 居宅介護（予防）支援事業者事業所番号												

(注 意)

1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに市町村へ提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市町村に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

介護保険 被保険者証等再交付申請書

小林市長 肥後 正弘 様

次のとおり申請します。

平成 年 月 日

申請者	申請者氏名	印	本人との関係	
	申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者欄は記入不要

被保険者	被保険者番号										
	フリガナ										
	被保険者氏名	印	生年月日	明・大・昭 年 月 日							
			性別	男 ・ 女							
	住所	〒 電話番号									

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名 (保険者番号)	()	医療保険被保険者証記号番号	
-------------------	-----	---------------	--

要介護認定等の資料提供に係る申出書(本人同意書)

平成27年5月18日

小林市長 肥後 正弘 様

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。
なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

申請者	氏 名	印	本人との 関 係	☐ 本人
	事 業 者 ・			☐ 親族()
	施 設 の 名 称			☐ 居宅介護支援事業者
	住所(所在地)			☐ 介護保険施設

被保険者	氏 名		被保険者番号	
	生 年 月 日		性 別	男 ・ 女
	住 所		電 話 番 号	
提供資料	☐ 認定調査の一次判定情報(現況調査・基本調査)		前 回 情報が必要 ()	判定結果後の 情報が必要 ()
	☐ 認定調査の一次判定情報(特記事項)			
	☐ 主治医意見書		*どちらかに○印	

本人同意欄 (本人が申請者である場合は、記入する必要はありません。)
私は、上記の申請者が下記の者であることを証するとともに、小林市が保有する私の
上記資料について、申請者に提供することに同意します。

- ☐ 私の親族()
- ☐ 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設
- ☐ 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設

本 人 署 名	
---------	--

遵 守 事 項

1. 私は、提供を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）又は被保険者の親族の情報（以下「親族情報」という。）を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画（以下「介護サービス計画」という。）の作成以外の目的には使用しません。
2. 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせ若しくは提供し、又は親族情報を親族の文書による同意を得ることなく当該親族以外の者に知らせ若しくは提供することはありません。
3. 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記 1 及び 2 に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
4. 私は、本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を介護サービス計画の作成以外の目的で複写し、又は複製しません。
5. 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従います。
6. 私は、本人との居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約関係が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を本人に提出するか又は責任をもって廃棄します。
7. 私は、本人又は小林市から提供資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

（注）上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。

介護保険 主治医意見書作成・検診手数料請求書

金 円

但し、平成 年 月分 主治医等意見書料・指定医検診手数料として

		単価		件数		額
意見書作成料	在宅初回	¥5,250	×		=	
	在宅更新	¥4,200	×		=	
	施設初回	¥4,200	×		=	
	施設更新	¥3,150	×		=	
診断・検査費用					=	
合 計						

明細は、別途添付。

平成 年 月 日

小林市長 肥後 正弘 殿

所在地

名称

代表者職氏名

印

金融機関の名称	銀行	支店
預金の種類		
口座番号		
(ふりがな)		
口座名義		

介護保険 主治医意見書作成料請求書

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

保険者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号								
	(フリガナ)								
	氏名								
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女		
		年		月		日			

請求医療機関	医療機関番号								
	医療機関名称								
	〒								
	所在地								
	電話番号								

作成依頼日	平成			年			月			日	依頼番号					※ 保険者確認					
意見書作成日	平成			年			月			日	意見書送付日	平成			年				月		

意見書作成料	種別	1. 在宅	2. 施設	1. 新規	2. 継続	金額					円
--------	----	-------	-------	-------	-------	----	--	--	--	--	---

診断・検査費用	内訳		点数				摘要							
	診断													
	検査	胸部単純X線撮影												
		血液一般検査												
		血液化学検査												
		尿中一般物質定性・半定量検査												
	合計						点数合計×10円							

請求額	意見書料						円
	診断・検査費用						円
	消費税						円
	合計						円

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

・胸部単純X線撮影 ・血液一般検査 ・血液化学検査 ・尿中一般物質定性・半定量検査

※印の欄は記入しないでください