

次のとおり申請します。

申請年月日

[illegible]

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・介護医療院）
	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		

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

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、主治医意見書、白河市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、白河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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

☆ 以下に記入してください。

1、入院中の方についてうかがいます。

- ① 入院理由を記入してください。 [病棟名： _____]
病名： _____ 病状： _____

- ② 現在、どのような治療を受けていますか。 [点滴・酸素吸入・経管栄養・リハビリ
その他 (_____)]
- ③ 退院の予定はいつ頃ですか。 [_____ 月 _____ 日頃 ・ 未定]
- ④ 現在の病院を退院された後はどのように考えていますか？
[在宅 ・ 病院 ・ 施設 ・ その他 (_____)]

2、認定調査は、ご家族様の同席のもと、平日の日中に自宅で行います。

◇ 日中に必ず連絡の取れる連絡先をご記入ください。(同席する方の携帯電話番号等)

氏名 _____ 電話番号 _____
続柄 (_____)

◇ 調査を希望する時間帯はいつですか。(※病院での調査は原則として午後2時以降となります。)

[午前 ・ 午後 ・ どちらでも良い]

※認定調査は自宅で行いますが、退院後すぐに介護サービスを利用する場合には、入院中に調査を行うことが可能です。ただし、入院中の調査を行う場合は病状が安定してからの実施となります。なお、病院での調査は午後2時以降となります。

※申請日から10日以上経っても市役所から連絡がない場合は、市役所高齢福祉課介護保険係までご連絡ください。(Tel 0248-28-5518 (直通))

受付者氏名 (_____)