

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

神川町長 様
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	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 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	年 月 日 から	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	
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
有 ・ 無	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	
	医療機関等の名称等・所在地	期間	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、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

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、神川町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

裏面も記入してください

(裏面)

認定調査連絡票

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、下記事項について、該当するものに○をつけ、具体的な状況についてご記入ください。

調査対象者 氏名			
要介護認定を申請した理由			
現在利用しているサービスには○と1か月の利用回数等、これから利用したいサービスには、◎をつけてください。			
ホームヘルプサービス	回/月	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	
デイサービス・デイケア	回/月	介護老人保健施設	
訪問看護	回/月	介護療養型医療施設	
ショートステイ		グループホーム	
訪問入浴サービス	回/月	配食サービス	
住宅改修		その他()	
福祉用具貸与・購入		利用なし(理由)	
現在、生活されているところ	1. 在宅 2. 入院・入所(年 月 日ごろより入院(入所)) 病院(施設)名(階 号室) 退院(所)の予定(なし・あり(月 日頃)) 3. その他()		
現在のお体の状況	1. 治療中の病気がありますか ない・ある() 2. 日常会話に支障がありますか ない・ある()		
ご家族の状況	家族と同居・高齢者のみ・一人暮らし		
身障手帳の有無	なし・あり()級(障害名)		
調査時に同席できる方	1. 同席者 いる・いない・都合が合えば同席する 氏名()ご本人との続柄() 2. 日中の連絡先 自宅・勤務先・携帯 (TEL) 3. 連絡希望時間 (AM・PM : ~ :) 都合の悪い曜日や時間帯など(曜日) (AM・PM :)		
調査の際に配慮すること等			

以下は記入しないでください。

被保険者証	返却 ・ 未返却
連絡事項	