

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

大子町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号				個人番号												
	医療 保 険	保険者名				保険者番号											
		被保険者 記号・番号		記号		番号				枝番							
	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 平成・令和 年 月 日から令和 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 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日														
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 有 ・ 無		介護保険施設等の名称等・所在地						期間 年 月 日～年 月 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									
		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・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、大子町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、大子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、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

認定調査連絡票

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更
------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

認定調査を円滑に行うために参考にさせていただきますので、該当するものにチェックをしてください。

フリガナ		生年	年 月 日	記入者氏名	
被保険者氏名		月 日		本人との関係	
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用希望(認定更新による継続利用含む)() <input type="checkbox"/> 介護量の変化(<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 軽減) <input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ <input type="checkbox"/> その他()				
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地 <input type="checkbox"/> 申請書記載の入所施設または医療機関 ※医療機関の場合は下記もご記入ください。 ・入院期間年 月 日 ~年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院未定 ・入院中の病棟病棟階 ・入院に至る主な病名 ・手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり月 日 <input type="checkbox"/> 上記以外の場所 (理由:) ※原則『生活の場』が調査場所になります。 氏名 住所 電話番号				
調査立会い	<input type="checkbox"/> 希望なし ⇒ 電話による家族への聞き取り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望あり 氏名 本人との関係 住所 電話番号 ※『希望なし』についても、確認事項が生じる場合があるため、連絡先の記入をお願いします。				
受診状況	最終受診日	年 月 日	次回受診予定日	年 月 日	
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 通所サービス(月 火 水 木 金 土 日) 住宅改修 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問サービス(月 火 水 木 金 土 日) 6月以内の福祉用具購入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> その他()				
担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名 氏名 電話番号				
調査の際に配慮が必要なことや、事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください。					