

受付印

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

新規・更新・区分変更

明和町長様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日
申請区分(該当に○) 新規 更新 区分変更

被保険者	被保険者番号	4 0 0 0	個人番号					
	医療保険	保険者名	保険者番号					
		被保険者証 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	〒 明和町大字	番地	電話番号				
	前回の要介護認定の結果等	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			年 月 日 から 年 月 日			
	変更申請理由(変更の場合)							
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無	介護保健施設の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日 入所中・退所		
医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日 入院中・退院				
有・無	階 病棟							

申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所	電話番号	

提出代行者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)	
	住所	〒 電話番号	

主治医	主治医氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

認定調査(家族の立会い)	・希望する (氏名: 電話番号:) ・希望しない
--------------	------------------------------

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【医療保険被保険者証のコピーを添付してください】

特定疾病名	
-------	--

【情報提供の同意】
介護サービス計画又は介護予防サービスを作成するとき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、明和町から地域包括センター、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	代筆者氏名	続柄
------	-------	----

※この申請書に介護保険被保険者証を添付してください。	通所系サービスの利用状況(新規の方以外)	月・火・水・木・金・土・日
----------------------------	----------------------	---------------

役場記入欄	調査委託先
申請入力日	
意見書・調査票 期限	

※太枠の中をご記入ください(裏面もあり)

確認事項

※太枠の中をご記入ください

○調査に対する希望等(必ずご記入願います。調査は連絡後、うかがいます)

[調査訪問先] 自宅(本人宅)

その他(_____)



訪問先住所： _____

連絡先氏名： _____ 続柄(_____)

電話番号： _____

※必ず連絡の取れる連絡先(携帯電話など)をご記入ください。

[都合の悪い曜日] 月 火 水 木 金 特になし
 [希望時間帯] 午前 午後 特になし

[家族構成]

(家族図でも可)

同居家族	
別居家族	

男性 女性 本人は二重線 死別は黒塗り 同居の範囲を囲む

[本人の状態]

- ・もの忘れ等がありますか？ ある ない
- ・受け答えはできますか？ できる できない
- ・体に不自由なところがありますか？ 右手 左手 右足 左足 その他(_____)
- ・目は見づらいですか？ はい いいえ
- ・耳は聞きづらいですか？ はい いいえ
- ・どのような介護サービスを利用したいですか？

・何か気になっている事や、調査の際に配慮して欲しいことがあれば、ご記入してください。

< 申請に至った事由・入退院の状況・持病など >

< 役場記入欄 >	受 付 者		身元確認・1点	運・個・住・障・他(_____)
来庁者			身元確認・2点	健・介・住・官・他(_____)
(本・代・郵)		続柄(_____)	個人番号確認	個・通・職・拒・他(_____)
代理権の確認		委・介・健・無・他(_____)	その他特記事項	