

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 檀原市長

※該当するものに「レ」を記入してください。→ ☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 変更 ☐ 転入

次のとおり申請します。

										申請年月日		年		月		日								
被 保 険 者	被保険者番号										個人番号													
	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										〒													
											電話番号： — —													
	前回の要介護認定の結果等										要支援状態区分 1・2 要介護状態区分 1・2・3・4・5													
											有効期間 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日													
											*14日以内に 他市町村から 転入した者 のみ記入					転出元市町村名 () 現在、転出元市町村に要介護・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) <u>はい・いいえ</u> 「はい」の場合、申請日 年 月 日								
変更申請の理由																								
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 該当に○ 有・無										介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日 ～ 年 月 日									
										介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日 ～ 年 月 日									
										医療機関等の名称等・所在地					疾病名： (階 号室)					期間 年 月 日 ～ 年 月 日				
										医療機関等の名称等・所在地					疾病名： (階 号室)					期間 年 月 日 ～ 年 月 日				

※ 退院の予定がないなど、介護保険によるサービスの利用を見込めない場合は、状態が安定してから申請してください。

申請者氏名		被保険者との関係	
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： — — (ケアマネ氏名：)	

※主治医の欄は必ず記入ください(主治医に書いてもらう必要はありません)。最終診察日： 年 月 日 次回診察日： 年 月 日

主治医	主治医の氏名	(診療科目 科)	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。

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、檀原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。また訪問調査前後に、関係機関に心身の状態を確認することに同意します。

介護保険法上、申請日から30日以内に認定結果の通知ができない場合は、遅れる理由等を記載し、延期の通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期間内であれば延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

[代筆者氏名]

続柄()

(※裏面も必ず記入してください。)

* 代筆の方の続柄も記入してください。

訪 問 調 査 に つ い て

訪問調査員に事前にあなたの状況をお知らせするために、以下の内容についてご記入ください。

1. 調査時の同席者

☐ なし ☐ あり 氏名： 本人との関係（ ）

2. 日程調整の連絡先 ※日中(8:30～17:15)連絡がとれる電話番号を記入してください。

氏名： 本人との関係（ ）

電話番号： — — つながりやすい時間帯： _____

携帯番号： — — つながりやすい時間帯： _____

3. 調査場所

☐ 住民票の住所と同じ ☐ 左記以外 ⇒ _____

4. 訪問調査の日時について、都合の悪い曜日・時間帯があれば×をつけてください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午 前					
午 後					

（ ☐ 特になし ☐ 連絡時に相談 ） ※調査開始時間は、原則9時30分から15時30分です。

5. 認知症

☐ なし ☐ あり ⇒（本人の前で話しづらいことが・・・ ☐ ない ☐ ある ）

6. 訪問調査に関して

調査員に伝えておきたいこと(ガン告知の有無、筆談希望、認知症の状況等)があれば記入してください。
新規申請の場合は、申請にいたる経緯やサービスの希望等をお書きください。

7. 現在受けているサービスの状況について頻度を記入してください。（申請した月のサービス利用回数）

訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養管理	通所介護	通所リハビリ	短期入所生活	短期入所療養	特定施設
回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	日/月	日/月	日/月
看護小規模	福祉用具貸与	福祉用具購入	夜間訪問介護	認知通所介護	小規模多機能	グループホーム	地域特定施設	地域密着特養	定期介護看護
日/月	品/月	品/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	回/月

●住宅改修（なし・あり） ●介護保険以外の在宅サービス []

●チェックリスト該当者のサービス状況 ⇒ 訪問介護 回/月 ・ 通所介護 回/月

8. 直近2年の間で交通事故にあったことはありますか。

☐ なし ☐ あり