

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

かつらぎ町長 様

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																		
	フリガナ																		生年月日	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5																	要支援状態区分 1 2																			
	* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間																	年 月 日から			年 月 日																
	過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	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										期間							年 月 日～ 年 月 日																				
有 ・ 無	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かつらぎ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

介護保険 要介護・要支援認定（更新）申請に関する資料

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

【1】現在の状況について

①居住されている場所	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦2人世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯	
		<input type="checkbox"/> 滞在先		
	<input type="checkbox"/> 入院中	医療機関名：		
		<input type="checkbox"/> 退院予定	月	日頃
	<input type="checkbox"/> 入所中	介護保険施設等名：		
②今回申請いただいた経緯 (心身の状況など)	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患（脳卒中） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高齢による機能低下 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input type="checkbox"/> 心疾患（心臓病） <input type="checkbox"/> その他 []			
③最近、主治医の診察を受けられましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [直近の受診日 : 月 日ごろ] [次回の受診予定日 : 月 日ごろ]			

【2】認定調査日程等について

希望調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院（入所）先 <input type="checkbox"/> 滞在先						
希望する日程	曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 特になし
	時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 特になし			
	備考						
日程調整連絡先	氏名：	本人との関係：					
	電話番号：	日程調整の連絡を受けやすい時間帯 [時ごろ ・ いつでも可]					

【3】その他