

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定・要支援認定区分変更

小豆島町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

[illegible]

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・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院等）
	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・要支援認定にかからず調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見若しくは小豆島町から地元の関係者に同意します。

被保険者氏名

※裏面も記入してください。

要介護認定申請受付票

被保険者氏名		申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更
申請理由	☐ 身体の衰え ☐ 介護者の不在 ☐ 主治医のすすめ ☐ その他（ ）		

1. 認定調査について

[illegible]

2. 調査対象者の状況

本人の生活状況	☐ 足腰等が弱くなってきたので手助けしてほしい ☐ 足腰等が弱くなってきたので改善・悪化予防をしたい ☐ 介護サービスの利用を急いでいる ☐ その他（ ）
家族の状況	☐ 独居 ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ その他（ ）
利用中の介護サービス（複数回答可）	☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 施設入所 ☐ その他（ ）
利用したいサービス（複数回答可）	☐ 家事援助 ☐ 身体介護 ☐ デイサービス ☐ 福祉用具（ ） ☐ 住宅改修（ ） ☐ 施設入所（ ） ☐ その他（ ）
担当ケアマネジャー	☐ 無し ☐ 有り（名前： ）

※わかる範囲で記入してください。