

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
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

小豆島町長 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											
	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		年		月		日		から		年		月		日まで							
	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	入院・入所施設名																				
				所在地																				
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名																					
			所在地																					

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、小豆島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、小豆島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。

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（必ず記入してください）

調査の同席者	☐ 無 ☐ 有（ 名前： _____ 本人との関係： _____ ）						
	昼間連絡先						
調査の場所	☐ 自宅（ 駐車場 有 ・ 無 ） ☐ 施設 ☐ 病院（ _____ 階 病棟 ・ 担当相談員 _____ ）						
	名称や住所 病院名・病棟	TEL _____					
調 査 日	☐ いつでも良い ☐ 希望あり （希望に添えない場合もあります。）						
	本人や同席者の 都合が悪い曜日に ×やデイと記入し てください	時間帯／曜日	月	火	水	木	金
		9:00～12:00					
		13:00～15:30					
結果の送付先	☐ 自宅 ☐ その他 〒 _____ 住所 _____ 氏名 _____ 本人との関係 _____						
認定調査員に 注意してほしいこと							

2. 調査対象者の状況（新規申請時は必ず記入してください）

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（週 回） ☐ 通所介護（週 回） ☐ 施設入所 ☐ 利用なし ☐ 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（事業所： 名前： ）

※わかる範囲で記入してください。