

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書



該当に○ ⇒ 【 新規・更新・区分変更・要支援者の要介護新規・認定者転入 】

吉備中央町長 様
次のお通り申請します。

二重線枠内をご記入下さい

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 ▲ 0 0 0 ▲ ▲ ▲ ▲	申請年月日	□□年 △月○○日
	個人番号		性別	Ⓜ ・ 女
	フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和 □□年 △月○○日
	氏名	介護 太郎		
	住所	〒○○○-△△△△ 吉備中央町●●●△△-□ 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 有効期間： □□年 △月○○日 ~ □□年 △月○○日	要支援1・要支援2・要介護1・ <u>要介護2</u> ・要介護3・要介護4・要介護5	
	過去6か月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	有・無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地	期 間
変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 状態が著しく良くなったから <input checked="" type="checkbox"/> 状態が著しく悪くなったから (区分変更の場合は該当にチェック)			

40歳～64歳の方のみ、ご記入下さい。

医療保険者名	医療保険被保険者
特 定 疾 病	40歳から65歳までの2号被保険者の方が介護認定を受けるためには、特定疾病に該当しているかどうかの確認をさせていただくことがあります。事前に役場福祉課までご相談をお願いいたします。

申 請 者	氏名又は名称	該当に○ ⇒ 【 家族・地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設・介護医療院 】 介護 花子
	住所又は所在地	〒○○○-△△△△ 加賀郡吉備中央町●●●△△-□ 電話番号 (●●●●) ●●-●●○○

主 治 医	医療機関名	●●●●医院 電話番号 (●●●●) ●●-●●○○	最近の受診日	●●年 ●●月 ●●日
	主治医氏名	■●▲先生 【診療科目： 内 科】	受診の頻度	__1__ ヵ月・__ __ 週間に __1__ 回程度 【次回受診予定日】 __●● 月 __▲● 日の予定

<p>介護（予防）サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護（要支援）認定にかかる調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見、及び主治医意見書を、吉備中央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者、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、また更新申請の場合、要介護（要支援）認定が申請日から30日を越える場合であっても、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。</p>	<p>本人署名は必ずご記入下さい。自筆ができない場合は代筆し、代筆者名も記入してください。</p> <p>本人署名 <u>介護 太郎</u> (被保険者名)</p> <p>代筆者 <u>介護 次郎</u> (続柄： 長男)</p>
---	--

訪 問 調 査 連 絡 欄

この申請情報確認票は、認定調査が的確かつ円滑に行われるよう、ご本人の状況をお伺いするものです。

下記の必要事項を記入または○印をつけてください。ご協力をお願いします。

※町の調査員の調査実施は平日の9時30分～16時の間となります。

調査希望場所 ※現在居る場所	自宅 ・親族宅・施設・病院・その他 ()	
	自宅以外 は記入⇒	所在地 吉備中央町●●●△△-□
		名 称 施設や病院などの場合、名称を記入してください
		施設病院等の 棟や部屋番号 名称に記入がある場合は、具体的な部屋番号等を記入してください
	電話番号 (●●●●) ●●-●●●●	
1ヶ月以内の 居所変更予定	該当に○ ⇒ ない ・ ある(_____月_____日頃 入 退 院・入 退 所 の予定)	
訪問調査時の 立 会 希 望	該当に○ ⇒ 希望なし ・ 希望する	意思疎通が難しい場合など、本人の方以外にも状況をお伺いすることがあります。調査員による調査をより正確なものにするために、できるだけご家族等の立会にご協力をお願いします。
立会を希望 する場合は 記入 ⇒	立会人氏名 介護 次郎 電話番号 (●●●●) ●●-●●●●	
日程調整の連絡先	・本人(上記調査希望場所の電話番号) <input checked="" type="checkbox"/> 立会人 ・その他 ⇒ 名称 _____ 電話 (_____) _____ 担当 _____	
調査時に特に気をつけてほしいこと	ご本人に未告知の病名、別室での聞き取りを希望、入院中の方は退院 予定日等、特別な配慮の必要がありましたら必ずご記入ください。 ●別室での聞き取りを希望 _____ <u>する・しない</u> ●入院中の方は退院予定日 _____ 年 月 日頃・未定 ●かかりつけの医師に最後に診察を受けた日 _____ 年 月 日頃 ●入院中の方は入院された日 _____ 年 月 日	
本人の心身状況	() 人の声が聞き取りにくい () 電話を取るまでに時間がかかる ← 該当する場合は記入をお願いします。 () 言葉が出にくい () 物忘れがある 年相応である・認知症あり	
定期的な外出予 サービスの利用状況 もしくは都合の悪い日があれば記入	訪問調査の日程を決めるにあたって、定期的な外出やサービスの利用状況について記入して下さい。 記入例 ⇒ (毎週○曜日デイサービス、毎週○曜日午後ヘルパー訪問、○月○日～○日▲▲にてショートステイなど) 毎週火曜日はデイサービスを利用 金曜日には親族が戻るため、金曜日を調査希望	

* 新規・区分変更申請の方は、理由を簡単にご記入ください。(例：骨折して状態が変わった。物忘れがすすんだ気がする等)

例1) ○○月△△日、屋外にて転倒。左大腿骨骨折のため入院。今後の日常生活に支障があり、リハビリし退院後、何らかの介護サービス(デイサービス等)の利用が必要になるため申請。

例2) H〇〇年秋ごろより、物忘れが目立ちだした。同じことを何度も話したり、薬の飲み忘れなどが気になり、専門医を受診しアルツハイマー型認知症の診断があり、今後介護サービスの利用が必要になるため申請。

記入者名 介護 次郎

(分かれれば担当ケアマネージャー名 介護 三郎)