

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

受付印

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
次のとおり申請します。

二重線枠内をご記入下さい

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 ▲ 0 0 0 ▲ ▲ ▲ ▲	申請年月日	令和 年 月 日	
	個人番号		保険者番号		
	医療 保険	保険者名	記号	番号	枝番
	被保険者証				
	フリガナ	カイゴ タロウ		性別	男 ・ 女
	氏名	介護 太郎		生年月日	明治・大正・ 昭和 年 月 日
	住所	〒716-1192 吉備中央町 豊野1番地2		電話番号	(0866) 54 - 1317
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	要支援1・要支援2・要介護1・ 要介護2 ・要介護3・要介護4・要介護5 有効期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市区町村）名（ 県 市 ） 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・いいえ ※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 「はい」を選択した場合 申請日 令和 年 月 日			
過去6か月の介護保険施設、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 特別養護老人ホーム ○○荘 年 月 日 ~ 年 月 日		
第2号被保険者（10歳～64歳）の方のみご記入下さい					
特定疾病名	40歳から64歳までの第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きます。事前に福祉課へご相談ください。				

(提出代行者)	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	〒716-1192 吉備中央町 豊野1番地2 電話番号 (0866) 54 - 1317

主治医	医療機関名	○○病院 電話番号 (0000) 00 - 0000	最近の受診日	令和 0 年 0 月 0 日
	主治医の氏名	吉備 一郎 【診療科目： 00 科】	受診の頻度	<u>1</u> ヵ月・ <u> </u> 週間に <u>1</u> 回程度 【次回受診予定日】 0 月 0 日の予定

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、吉備中央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、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、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。

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。

本人署名 介護 太郎 代筆者 介護 花子 (続柄: 妻)

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、平日の午前9時30分～午後4時の間です。

調査希望場所 ※現在いる場所	自宅 ・親族宅・施設・病院・その他 ()	
	自宅以外 は記入⇒	所在地 吉備中央町豊野1番地2
		名称 施設や病院等の場合、名称を記入してください。
		施設病院等の 棟や部屋番号 施設や病院等の場合、具体的な部屋番号等を記入してください。
	電話番号 (0000) 00 - 0000	
1 か月以内の 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	
	立会を希望 する場合は 記入 ⇒	立会人氏名 介護 次郎 (続柄: 次男) 電話番号 (0000) 00 - 0000
日程調整の連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ・本人(上記調査希望) ・立会人 ・その他 ⇒ 名称	意思疎通が難しい場合など、本人の方以外にも状況をお尋ねする場合があります。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いにご協力をお願いします。
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 する ・ しない ●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 () 言葉が出にくい () 物忘れがある 年相応である・認知症あり	← 該当する場合は記入してください。
定期的な外出サービス 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当たり、定期的な外出やサービスの利用状況について記入してください。 記入例 ⇒ (毎週〇曜日デイサービス、毎週〇曜日午後ヘルパー訪問、〇月〇日～〇日▲▲にてショートステイなど) 例) 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、金曜日に調査希望	
* 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1) 〇月〇日、屋外で転倒。左大腿骨骨折のため〇〇病院に入院。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の利用が必要になるため申請。 例2) 令和〇年秋ごろから、物忘れが目立ちだした。同じことを何度も話したり、薬を飲み忘れてすることが気になり、専門医を受診しアルツハイマー型認知症と診断された。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 花子**

(分かれれば担当ケアマネージャー名 **〇〇居宅介護支援事業所 ▲▲**)