

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

周防大島町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和〇年 〇月 〇日	
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号			個人番号	
	医療保険者名			保険者番号	
	医療被保険者証	記号			番号
	フリガナ	スオウ タロウ		生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日
	氏 名	周防 太郎		性別	男 ・ 女
	住 所	〒742-〇〇〇〇 山口県大島郡周防大島町大字〇〇・・・ 電話番号 0820-〇〇-〇〇〇〇			
	前回の要介護 認定の結果等 *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	介護老人保健施設〇〇 周防大島町〇〇123-4	期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日
		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	〇〇病院 周防大島町〇〇999-9	期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 入院中 一年 一月 一日	
	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
	住 所	〇〇居宅介護支援事業所 〒742-〇〇〇〇 周防大島町大字〇〇333-3 電話番号 0820-〇〇-〇〇〇〇

主 治 医	主治医の氏名	周防 花子	医療機関名	〇〇病院
	所 在 地	〒742-〇〇〇〇 周防大島町大字〇〇999-9 電話番号 0820-〇〇-〇〇〇〇		

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、及び主治医意見書を、周防大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事に同意します。

代筆の場合、代筆者の方のお名前も記入してください

本人氏名 〇〇 〇〇
代筆 〇〇 〇〇（息子）

介護保険 要介護・要支援認定申請にあたり、調査に関する希望等調査票

調査の希望曜日等 ※希望がある場合記入	☒ 希望の曜日 ☐ 都合が悪い曜日		月	☒ 火	☐ 水	木	☒ 金
	☒ 希望の時間帯 ☐ 都合が悪い時間帯		午前・	☒ 午後	時頃		
理由	月と木はデイサービス利用のため						
訪問時の駐車場の有無	☐ 車庫 ☒ その他（ 自宅前駐車場 ） ☐ 無						
同席希望がある場合	同席者氏名	〇〇 〇〇			本人との続柄	☒ 配偶者 ☐ 子（ ） ☐ その他（ ）	
	電話番号 （日中の連絡先）	携帯	090 - 9999 - 9999			電話の希望時間帯	
		自宅	0820 - 〇〇 - 〇〇〇〇			☒ 午前 ☐ 午後 （ 9 ）時頃	
		その他	- -				
【調査時の注意事項】							

新規申請の場合	本人の状況	☐ 身体の支障あり ☒ 認知症の症状等あり ☒ 難聴あり （対象者の方の心身の状態について、簡単に記入してください。）	
	申請のきっかけ	☒ 日常生活に支障がある ☒ 家族 ☐ 医師 ☐ ケアマネ のすすめ （日常生活の困りごとや、周囲から勧められたなど、申請される理由を記入してください）	
	サービスの希望	☒ 家で使うサービス ☐ デイサービスなどの通いサービス ☒ 住宅改修 ☐ 福祉用具 ☐ 施設入所 ☐ その他（ ）	
	世帯状況	☒ 独居 ☐ 同居者あり ☐ 配偶者 ☐ 子（ ） ☐ その他（ ）	
入院中の場合	入院の理由（傷病名等）	入院中の場合は入院理由・状態についても記入してください	
	現在の状態と今後の見通し		

意見書作成について主治医の承諾	☒ 有	☐ 無
-----------------	---------------------------------------	----------------------------

※認定には主治医の意見書が必要となります。医療機関を受診し、その際に認定申請をする(した)旨を主治医に伝えてください。