

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	年 月 日										
被 保 険 者	介護保険 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 番号・記号			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	
				有効期間		年 月 日 から		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（市町村）名（ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 <input type="checkbox"/> はい （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選 択してください） <input type="checkbox"/> いいえ						「はい」の場合、申請日		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				期間		年	月	日	～	年	月	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				期間		年	月	日	～	年	月	日
有 ・ 無			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	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院
	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、周防大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、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、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。

本人氏名

---

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	<input type="checkbox"/> 希望の曜日	<input type="checkbox"/> 都合が悪い曜日	月	火	水	木	金
	<input type="checkbox"/> 希望の時間帯	<input type="checkbox"/> 都合が悪い時間帯	午前・午後		時頃		
理由	例) 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	<input type="checkbox"/> 車庫 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無						
同席希望がある場合	同席者氏名			本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	電話番号 (日中の連絡先)	携帯	-	-	電話の希望時間帯		
		自宅	-	-	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	
その他	-	-	( ) 時頃				
【調査時の注意事項】							

新規申請の場合	本人の状況	<input type="checkbox"/> 身体の支障あり <input type="checkbox"/> 認知症の症状等あり <input type="checkbox"/> 難聴あり					
	申請のきっかけ	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ケアマネ のすすめ					
	サービスの希望	<input type="checkbox"/> 家で使うサービス <input type="checkbox"/> デイサービスなどの通いサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 施設入所					
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
入院中の場合	入院の理由 (傷病名等)						
	現在の状態と今後の見通し	<input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期					
意見書作成について主治医の承諾				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。