

介護保険(要介護・要支援)認定申請書(区分変更)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様  
次のとおり申請します。

この枠内は記入不要  
受付 サイン

請年月日 年 月 日

|   |                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|-----------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                        | 被保険者番号         |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 個人番号                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | フリガナ           |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 性 別                   | 男 女         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 氏 名            |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 生年月日                  | 明・大・昭 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 住 所            | 〒 (町内名 )                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              | (世帯主 )                |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在の状況                                   |                | 在 宅 入院中 入所中             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 最近6か月間の<br>入院や入所が<br>あれば記入<br>(短期入所を除く) | 介護保険施設・医療機関の名称 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 入院・入所期間      |                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日～ 年 月 日 |                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日～ 年 月 日 |                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更の理由                                   |                | 具体的に記入                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在の認定結果                                 |                | 要介護状態区分 要介護 ( ) 要支援 ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              | 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主<br>治<br>医           | 氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (電話 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 意見書の添付                |     | 有 無 作成依頼 済(入手予定日 ) 未(理由 )                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に〇(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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒 (町内名 )   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (電話 - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入(《加入している医療保険証のコピーを添付》)

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定疾病名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、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又は提供することに同意します。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 本人氏名 \_\_\_\_\_

様式第5号 (第9条関係)

本人との関係

特別養護老人ホームに入所中の方は記入の必要はありません

|   |             |        |      |      |
|---|-------------|--------|------|------|
| 家族構成  | ひとりぐらし      | 老人夫婦のみ | その他( | 人家族) |
| 日中の介護者がいる   | 氏名          |        | 続柄   |      |
| 日中の介護者がいない<br>(認定調査に立ち<br>会える方の連絡先)<br><br>8:30~17:00の間に<br>連絡いたします | ・自宅に連絡を希望   |        | 時~   | 時ころ  |
|   | ・勤務先に連絡を希望  | 氏名     | 時~   | 時ころ  |
|   |             | 勤務先名   |      | 電話番号 |
|   | ・携帯電話に連絡を希望 | 氏名     | 時~   | 時ころ  |
|   |             |        |      | 電話番号 |

| 利用しているサービスに〇印 | サービス内容                         | 利用施設・曜日等 |
|---------------|--------------------------------|----------|
|               | 訪問介護(ホームヘルプサービス)               |          |
|               | 訪問入浴介護                         |          |
|               | 訪問看護                           |          |
|               | 通所サービス(デイサービス・デイケア)            |          |
|               | 短期入所(ショートステイ)                  |          |
|               | その他<br>(福祉用具の貸与・福祉用具の購入・住宅改修等) |          |
| 利用していない(理由    |                                | )        |

様式第5号 (第9条関係)

自宅付近の見取り図

自宅付近の略図及び目標物を記入してください

