

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

白老町長 様
 次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|---------|----------------|--|--|--|---|----|---|---|---|--|-------------|---|---|--|---|---|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | 結果通知先（住所・宛名・電話番号） ※現住所と異なる場合に記入して下さい。 | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small> | 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 | | | | | | | | | | |
| | 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 | 有 | 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 | | | | | | | |
| | | 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 | 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・介護医療院） 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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

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、白老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ことに同意します。

本人氏名

フリガナ
 代理人氏名

（続柄 ）

認 定 調 査 連 絡 表

記載職員名 _____

調査員が訪問にうかがう際の参考にさせていただきますので、下記の事項についてご記入下さい。

| 確 認 事 項 | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|---|--------|---|---------|---|---------|
| 申請理由 (入院した経緯・現病歴・既往歴・利用したいサービス等) | 調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあればご記入ください。 | | | | | | | | |
| 訪問調査の事前連絡先 | 1 本人宅 2 上記以外 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>本人との関係</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>住所 〒</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>Tel ()</td> </tr> </table> | } | 氏名 | } | 本人との関係 | } | 住所 〒 | } | Tel () |
| } | 氏名 | | | | | | | | |
| } | 本人との関係 | | | | | | | | |
| } | 住所 〒 | | | | | | | | |
| } | Tel () | | | | | | | | |
| 家族構成 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| 調査時同席の有無 | 1 同席を希望する <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>本人との関係</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>Tel ()</td> </tr> </table> 2 同席しない | } | 氏名 | } | 本人との関係 | } | Tel () | | |
| } | 氏名 | | | | | | | | |
| } | 本人との関係 | | | | | | | | |
| } | Tel () | | | | | | | | |
| 都合の日 | 1 特にない 2 ある ⇒ 月・火・水・木・金 { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>その理由 記入例：水曜日の午前中はNHPA-さんが来る。</td> </tr> </table> | } | その理由 記入例：水曜日の午前中はNHPA-さんが来る。 | | | | | | |
| } | その理由 記入例：水曜日の午前中はNHPA-さんが来る。 | | | | | | | | |

※ 訪問日時について～原則として土・日・祝祭日及び夜間の訪問調査はできませんので、あらかじめご了承願います。

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| 結果通知先 (住所・宛名・電話番号) | ※ 現住所と異なる場合に記入して下さい。 〒 |
|------------------------------|---------------------------|