

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

苫前町長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

| | | | | |
|-------------|------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 | 個人番号 | |
| | フリガナ | | | 生年月日 T・S 年 月 日 |
| | 氏名 | | | 性別 男・女 |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 () - | | |
| 保 | 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 1・2・3・4・5・要支援 1・2 | | |
| | | 有効期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日 | | |
| 険 | 過去6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 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | 期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | |
| | 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 平成 年 月 日～平成 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) 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 () - |

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

| | |
|--------|---------------|
| 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・要支援認定に係る調査内容、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、苫前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 _____ 印 _____

*自署の場合は、押印は不要です。

認定調査について

申請後、認定調査員が調査のため御自宅(又は入所先)を訪問する日時を調整し、かつ、調査を円滑に行うため、下記の項目に記入してください。調査に係る時間は、1時間前後の見込みです。

| | |
|-------|--|
| 訪 問 先 | <input type="checkbox"/> 自宅 |
| | <input type="checkbox"/> 入院・入所先名 () () 病棟 () 号室 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

1 調査の希望日について御記入ください。

| | |
|-----|--|
| 曜 日 | <input type="checkbox"/> いつでもよい |
| | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 がよい ※土曜日・日曜日・祝日の調査希望は、御遠慮ください。 |
| 時 間 | <input type="checkbox"/> いつでもよい |
| | <input type="checkbox"/> 午前がよい <input type="checkbox"/> 午後がよい <input type="checkbox"/> () 時ころがよい ※9:00～16:00の間でお願いします。 |

※入院、入所先での調査については、施設等の都合により御希望に添えない場合があります。

2 調査員から調査日時を相談するためのお電話は、どなたに差し上げればよろしいですか。

| | |
|----------------|--|
| 連 絡 先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 氏 名 () 本人との続柄 () |
| | 電 話 (- -) |
| | 携帯電話 (- -) |
| 連絡可能な 時 間 帯 | <input type="checkbox"/> いつでもよい |
| | <input type="checkbox"/> () 時ころがよい ※9:00～17:00の間でお願いします。 |

3 調査は、申請された方の日ごろの生活状況及び介護の状況、介護の手間などについてお聞きしますが、どなたか立会いを希望されますか。

| | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 立会いを希望する | 希望者氏名 () |
| <input type="checkbox"/> 立会いを希望しないが、 調査実施日時の連絡のみ希望する | 続 柄 () 電 話 (- -) |
| <input type="checkbox"/> 立会いも日時の連絡も希望しない (調査員に一任する) | |

4 あらかじめ調査員に伝えておきたいこと (耳が聞こえにくい、会話が不自由、病名等) がありましたら御記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

認定結果等の送付先について

被保険者(御本人)が独居で認知症があるなどの理由で、認定結果等の通知や、被保険者証を管理できない場合は、送付先を変更できます。その場合は、送付先となる人の氏名、住所、本人との続柄、連絡先(自宅、勤務先、携帯電話の番号等)を記入してください。

| 氏 名 | 住 所 | 続 柄 | 連 絡 先 |
|-----|-----|-----|-------|
| | | | |