

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

受付番号	受付日付印

幸田町長様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	平成 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 ー 電話番号 ー ー			
	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	経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
		有効期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日	
	過去6月間の介護保険施設医療機関等の入院、入所の有無	介護施設	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	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	氏名		本人との関係	
	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	〒 ー 電話番号 ー ー		

主治医 施・在 新・継	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 ー 電話番号 ー ー		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	
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策定する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、幸田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とともに、認定結果が非該当になった場合、認定申請にかかる情報を高齢者支援事業を行う町や地域包括支援センター、在宅介護支援センターに提示することに同意します。

本人（被保険者）氏名 _____

申請者記入欄

●緊急連絡先 (自宅 ・ 提出代行者 ・ 職場 ・ 携帯 ・ その他)

(郵便番号) —		(住所)		電話 () —	
(氏名)			(本人との関係)		

* 自宅・提出代行者に○を付けた場合は省略可

●調査立会いの有無 (有 ・ 無)

●調査後、家族のみでの面接希望の有無 (有 ・ 無)

●調査員が調査時の質問で、被保険者に対し配慮が必要な項目の有無 (有 ・ 無)
 例・病気、亡くなった夫のこと 有の場合内容 ()

●調査の場所 (自宅 ・ 自宅以外)

①自宅以外の場合

<input type="checkbox"/> 病院	(郵便番号)		
<input type="checkbox"/> 施設	(住所)		
<input type="checkbox"/> そのほか		電話 () —	
(氏名・病院名・施設名)		(部屋番号)	(本人との関係)

②病院・施設の場合

退院、退所の予定の有無 (有・無) 予定日 _____

●認定調査立会に都合の悪い曜日、時間帯にレ点をご記入ください。
 申請時に調整し日程を決定します。

	時間	月	火	水	木	金
午前	午前 9 時 30 分から					
	午前 10 時 45 分から					
午後	午後 1 時 15 分から					
	午後 2 時 30 分から					

事務局記入欄

特記事項欄 _____

* 新規・変更時の状況、サービス希望など

決定調査日	日時	月	日 ()	<input type="checkbox"/>	午前 9 時 30 分から
	担当			<input type="checkbox"/>	午前 10 時 45 分から
				<input type="checkbox"/>	午後 1 時 15 分から
				<input type="checkbox"/>	午後 2 時 30 分から

受付者印	資格者証発行	被保険者証回収	証返還情報入力	主治医	入院時確認 <input type="checkbox"/> 調査日時 <input type="checkbox"/> 立会 <input type="checkbox"/> 事後聞取 <input type="checkbox"/> 病室	被保険者証入力	受付簿入力
------	--------	---------	---------	-----	---	---------	-------