

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

総合事業

事業対象者認定 ・ 事業対象者更新認定

受付番号

受付日付印

 (宛先) 幸田町長 (宛先) 包括支援センター長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号												個人番号																					
	医療 保 険	保険者名												保険者番号																				
		被保険者証		記号												番号												枝番						
	フリガナ												生年月日		大正・昭和 年 月 日																			
	氏名												電話番号		〒 ー ー																			
	住所												電話番号		ー ー																			
	過去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					事業対象者																			
					有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																													
			※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。 はい ・ いいえ (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)										「はい」の場合、申請日 令和 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					期間 年 月 日～ 年 月 日																								
				介護保険施設の名称等					期間 年 月 日～ 年 月 日																									
		医療機関		医療機関等の名称等					期間 年 月 日～ 年 月 日																									
				医療機関等の名称等					期間 年 月 日～ 年 月 日																									
有 ・ 無												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・介護医療院)										本人との関係 ( )									
	住 所	〒 ー 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 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(★該当の方は医療保険証をお持ちください)

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・介護予防マネジメントを策定するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定・事業対象者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、及び主治医意見書等を、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に提示することに同意します。また、現在の有効期間内に認定が行われる場合、認定延期の通知をしないことに同意します。(更新申請の方のみ)

本人(被保険者)氏名 \_\_\_\_\_

※介護保険被保険者証を添えて提出してください。

**申請者記入欄**

●**昼間必ず連絡が取れる連絡先**（ 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 ） ●**駐車場の場所**（ 有 ・ 無 ）

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**

\*新規・変更時の状況、サービス希望など

**特記事項欄**

\*希望・使用サービス デイ・デイケア・訪介・訪看・ショート・福祉用具貸与/販売・住改・施設入所 通所C

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	被保険者証入力	受付簿入力
				<input type="checkbox"/> 調査日時 <input type="checkbox"/> 立会 <input type="checkbox"/> 事後聞取 <input type="checkbox"/> 病室			
<b>提出</b>				<b>身元確認</b>			
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送				<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>代理権の確認</b>							
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ( )				<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>個人番号の確認</b>							
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類 (通知カード等)							