

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

(あて先) 橋本市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号		2	0	3	0	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				明・大・昭 年 月 日					
被 保 者	氏 名						性 別				男 ・ 女				
	住 所		〒												
保 険 者	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					要支援状態区分 1 2					
			有効期限		令和 年 月 日 から				令和 年 月 日						
	※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。 (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 ・ いいえ												
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地				期間				年 月 日～年 月 日					
		介護保険施設等の名称等・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					
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	名 称 (氏名)	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)									
	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											

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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、橋本市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

認定調査について

要介護認定のために、あなたの身体やこころの状況に関する 74 項目について、認定調査員があなたのご家庭などにお伺いして、お聞きします。訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。原則、認定調査は平日の 9 時～12 時、13 時～17 時の間で行い、調査時間は約 1 時間です。詳細は、訪問調査員と連絡者等との相談の上で決めさせていただきますこととなります。

本人氏名 _____

①認定調査実施場所について

現住所

その他（ 病院 ・ 施設 ・ 他住所 ）

名称 _____（退院予定 未定 ・ 月 日頃）

所在地 _____

②認定調査時の立会について

立会なし 立会あり 家族（続柄： _____）、ケアマネジャー・他（ _____）

③日程調整をする場合の連絡先 ふりがな

連絡者 本人 ・ その他（氏名 _____ 本人との続柄 _____）

連絡者電話番号 ①優先： _____（自・携）② _____（自・携）

④介護サービス利用や通院等の状況について（該当するものを○で囲んでください。）

	月	火	水	木	金	土
午前	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他
午後	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他

デ…デイサービス リ…リハビリ ヘ…ヘルパー 看…訪問看護 通…通院 透…透析 他…その他

※上記のほか通院やショートステイ等で都合の悪い日…（ _____ ）

⑤調査員に事前に伝えておくことはありますか？

特にない

配慮が必要（大きな声で・手話・筆談・その他（ _____ ））

聞き取り内容（病気のこと・その他（ _____ ））

⑥介護サービスについて

（更新・変更の方は利用中のサービスに、新規の方は利用希望のサービスにチェックしてください。）

訪問介護（ヘルパー） 通院等乗降介助（介護タクシー） 訪問看護

福祉用具貸与（ベッド・車椅子・歩行器・杖など） 住宅改修（風呂・トイレ・手すり等）

デイサービス リハビリ（通所・訪問） 施設入所 短期入所（ショートステイ）

その他（ _____ ）

⑦認定申請に至った経緯、現在の心身の状況・生活状況等伝えておくことがあればご記入ください。

入院中の方は、入院された理由とその後の経過についてもあわせてご記入ください。