

(新規・更新・変更) 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 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											() 歳											
		氏名											性別																						
		住所	〒																																
			電話番号																																
		前回要介護 認定の結果等	*要介護・要支援状態区分 (更新・変更の方のみ)										要介護	1・2・3・4・5										要支援	1・2										
			*14日以内に他自治体 から転入した者のみ 記入										有効期間	年 月 日から										年 月 日											
			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 「はい」の場合、申請日 年 月 日																																
	ケア マネージャー	事業所名																																	
		担当者名																																	
	入院・入所の 有無 (短期入所以外)	有 ・ 無										病院・施設名 (有りの場合)																							

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)																			
	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	<p>該当に○</p> <p>①筋萎縮性側索硬化症 ②後縦靭帯骨化症 ③骨折を伴う骨粗鬆症 ④多系統萎縮症 ⑤初老期における認知症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老症 ⑨糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑩脳血管疾患 ⑪進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬関節リウマチ ⑭慢性閉塞性肺疾患 ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 ⑯がん末期</p>
-------	--

介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成若しくは猪名川町保健福祉サービスの提供に必要なときは、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猪名川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及び猪名川町保険課に提示することに同意します。

本人氏名

--

認定調査にあたって

調査の前に必ず電話にて日程調整を行いますが、要介護認定を迅速・正確に実施するために必要な事項です。以下にご記入をお願いいたします。

ご本人氏名		訪問先	自宅 入院・入所先 () その他 ()
-------	--	-----	-----------------------------

1 調査は申請された方の日頃の様子について聞き取り調査を行います。1時間前後かかる見込みです。どなたか調査に同席を希望されますか。 同席者なし ・ 同席希望あり (いずれかに○印)

→ 同席を希望される場合、同席者の氏名 _____ 本人との関係 _____

同席者の氏名 _____ 本人との関係 _____

2 調査の日程調整はどなたに連絡すればよろしいですか。

氏名	本人との関係	電話番号(携帯可)	連絡可能時間帯

3 認定調査の希望日時について ※土日・祝日の調査は実施しておりません。避けてほしい日時・曜日等があれば記入してください。

--

4 現在のご様子(該当する項目に○印)

家族構成：①一人暮らし ・ ②夫婦二人暮らし ・ ③本人含む () 人暮らし

主な病気：()

歩行：①できる ・ ②杖使用 ・ ③つたい歩き ・ ④できない

その他、認定調査に関して何か伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

※新規・区分変更の場合は申請理由等を必ず記載してください。

5 最近、主治医に診察を受けたのはいつごろですか。(健康診断・投薬のみは除いてください。)

・ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

定期的に受診されていない方は、近日中に主治医を受診してください。介護保険申請のための診察が必要になる場合もございますので、診察の際、介護保険申請の旨を伝えてください。

・ 入院中の場合は下記を記入してください。

入院期間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃 ~)

退院の予定 あり (_____ 月 _____ 日頃予定) ・ なし