

介護保険 要介護・要支援認定申請書

いずれか1つにレ点を記入

新規・変更・介護・更新・転入継続

紀南介護保険広域連合 様 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号							
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日					
	氏 名				性 別		男 ・ 女					
					電話番号							
	住 所				〒							
	前回の要介護 認定の結果等				要介護状態区分 1・2・3・4・5				要支援状態区分 1・2			
					有効期間				年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護保険施設 ・医療機関等 入院入所状況				(入院・入所施設名)				(入院・入所期間)			
									令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	サ ー ビ ス の 利 用 状 況	デイサービス・ デイケア				(事業所名)				(利用日)		
ショートステイ				(事業所名)				(いずれかに記入) 毎月 (日) ・不定期				
通院の方法				介護保険の乗降介助 (月 回)、その他 ()								

申請時に、必ず介護保険被保険者証（ピンク色）を添付して下さい。

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・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)					
			(担当ケアマネジャー)					
	住 所		〒					
			電話番号					

主 治 医	主治医名		医療機関名					
	住 所		〒					
			電話番号					

医 療 保 険	医療保険情報 にチェックを入 れてください。		国民健康保険 (熊野市・御浜町・紀宝町)				三重県後期高齢者医療保険			
			その他 ()							
	被保険者証 その他にチェック を入れた場合のみ記 入ください。		保険者名		保険者番号					
		記号		番号		枝番				
写しの添付又は原本の提示をしていただきましたら、記入は不要です。										

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) の申請時における確認事項
(特定疾病名)

申請時に必ず医療保険証 (写し) を添付して下さい。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師また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。

令和 年 月 日

本人署名

裏面も必ず記入して下さい (転入継続の場合は裏面は記入不要)。

(代筆者署名)

広域連合受付印	市町受付印

本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」、「代筆者署名」を手書きで記入してください。

確 認 欄	被 保 険 者 証 添 付	
	有 ・ 無 ・ 再 交 付	

認定調査について

要介護認定を受けるにあたり、調査員があなたのところにお伺いして、心身の状態や生活状況等について聞かせていただきますので、認定調査の調整のため、次の事項についてお答えください。

1. 申請の理由を記入してください（更新申請の場合は記入不要）。

（心身の状態、利用希望の介護サービス等）

2. 認定調査当日の同席者について

同席者	有・無	氏名		本人との関係	
-----	-----	----	--	--------	--

本人の日頃の様子（食事、排泄、着替え等の生活動作）等をお聞きしますので、可能な限り日頃の様子を把握している方の同席をお願いします。

3. 認定調査の日程調整はどなたとすればよろしいですか（ケアマネジャーが同席する場合は、日程調整先はできるだけケアマネジャーにさせていただきますようお願いいたします）。

1. ケアマネジャー	氏名	（事業所名）			
	連絡先	（電話番号） （携帯番号）			
2. 本人	連絡先	（電話番号） （携帯番号）			
3. 家族等	氏名		本人との関係		
	連絡先	（電話番号） （携帯番号）			

できれば、平日 8:30～17:00 に連絡の取れる連絡先をご記入ください。

4. 調査日について、都合の悪い日や曜日、時間帯はありますか。

都合が悪い日がある場合 本人及び同席者のご都合をご記入 ください。	・日にち（ ） ・都合が悪い曜日・時間帯に×をご記入下さい。					
		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
	午 前					
	午 後					

5. 調査を行うときの訪問先

訪問先 （どれか1つに）	1. 自宅					
	2. 病院・施設（名称： ）					
	3. その他（ ）					
住所				電話番号		

訪問先の地図の写しを添付して下さい。なお、更新申請等で訪問場所が前回と同じ場合は地図の添付はいいりません。

6. 認定調査について、伝えておきたいことがあればご記入ください。

（調査時の注意事項、疾病のことなど特に伝えておきたいこと）