

# 介護保険要介護・要支援認定申請書

## 新規・変更・更新

遠軽町長 様 次のおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者	窓口に来た方	本人との関係
	住所 <small>※被保険者と異なる住所の場合は記入</small>	電話番号 ( )
	提出代行者 事業者	<small>該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)</small> <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>

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		性別	男・女	保険者区分	1号・2号
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所		電話番号 ( )			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態の区分	要介護 1・2・3・4・5		要支援 1・2	
		有効期間	年 月 日～		年 月 日	
	14日以内に他自治体から転入した方のみ記入		転出元自治体(市町村)名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護等認定を申請中ですか。 はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日			
	変更申請理由					
現在本人がいるところ <small>※上記住所と異なる場合は記入(短期入所は除く)</small>	居所及び施設名	(病棟及び部屋番号)				
	施設の種類	介護保健施設 ・ その他				
	住所	電話番号 ( )				
	期間	年 月 日～		年 月 日		

主治医	主治医名	病院(医院)名	
	診療科目	最終受診年月	年 月 頃
	所在地	電話番号 ( )	

2号被保険者(40歳～64歳)の方のみ記入	特定疾病名
-----------------------	-------

### 同意書

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、保険者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(被保険者)氏名	代筆者氏名(本人との関係)	( )
------------	---------------	-----

# 要介護認定申請時 問診表

1 訪問調査について		被保険者氏名	
調査同席の有無	同席する (申請者・他)		同席しない
同席する方の氏名		本人との関係	
同席する方の連絡先	自宅・会社 ( ) 電話番号 ( )	訪問希望日及び時間 ※土日祝日は除く	
訪問時留意事項 (本人は病名を知らない・同席できない理由等)		緊急連絡先 (氏名・住所・電話・関係)	

## 2 心身の状況

介護を要する原因となった傷病名		その他の傷病名既往症	
現在の状況		家族構成	
障害者手帳 公費負担等	年交付種級 障害名 労災・第三者行為 生保 (64歳以下医療保険非加入者除く)	介護者の状況	

## 3 現在受けている在宅サービス・希望するサービス

<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 (事業所の希望: 有・無 )	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入・貸与 ( )
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ)	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ( )
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/> 通所・訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護保健施設 ( )
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他 ( )

## 4 その他: 郵送物について (被保険者本人住所地以外に通知希望の場合は記入してください。)

通知等転送先			
受取人氏名		本人との関係	
電話番号		転送理由	