

# 介護保険

## 要介護・要支援（①認定・②更新認定・③区分変更・④申請取下げ）申請書

精華町長 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										
	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					
	氏 名										性 別					男 ・ 女					
	住 所										〒										
	前回の要介護 認定の結果等										*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					
											有効期間										年 月 日から 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 「はい」の場合、申請日 年 月 日										
	○を付けて下さい。 ③区分変更の理由 ④申請取下げ理由					申請取下げの場合は申請日を記入（令和 年 月 日）															
過去6ヶ月 間の介護保 険施設・医療 機関等入院 入所の有無					介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日 ～ 年 月 日						
					介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日 ～ 年 月 日						
有 ・ 無					介護保険施設の名称・所在地										期間 年 月 日 ～ 年 月 日						

提 出 代 行 業 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）														
	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															

2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															
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。また、主治医意見書を記載した主治医が、要介護認定・要支援認定の結果の情報提供を求めた場合は当該主治医に対して、精華町が要介護認定結果を情報提供すること及び、居宅介護支援事業者が居宅サービス計画を情報提供することに同意します。

本人氏名  
(代筆者氏名) 続柄 ( )

状況確認書 ※提出代行業者又は町で記入

受付番号

被保険者氏名( ) 相談者( ) 記録者( )

家族構成

申請までの経過(申請理由) 申請のきっかけとなった病気と発症時期・症状・持病

身体動作・介助の状況 (歩行・食事・入浴・更衣・排泄など)

認知症状 ( なし ・ あり )  
 聴力障害 ( なし ・ あり )  
 視覚障害 ( なし ・ あり )  
 前回調査時と比較して、状態に大きな変化 ( なし・あり・不明 )

現行サービス(曜日等できるだけ具体的に)	希望サービス(できるだけ具体的に)
----------------------	-------------------

認 定 調 査	調査日程連絡先	本人・他	氏名 ※本人の場合記入不要	本人との関係( )		
			日中連絡のつく 電話番号	1	( )	
	2	( )				
	調査の立会い希望	有・無	立会人氏名	本人との関係( )		
	訪問日時	1. 都合の悪い曜日・時間等( ) 2. いつでも良い				
調査実施場所	( 自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他 ) ※自宅の場合、駐車場所以外の記載不要 ・住所 ・名称 ・電話番号 ・病棟及び部屋番号等 病棟 階 号室 ・駐車場所					

※町記入欄

認定調査員氏名	
認定調査票提出期限	令和 年 月 日 まで