

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

精華町長 宛

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	大・昭 年 月 日									
	氏 名											性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒 電話番号																				
	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 平成・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】 ・「はい」の場合、申請日 【令和 年 月 日】																			
過去6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等・所在地										期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日											
	介護保険施設の名称等・所在地										期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日											
	医療機関等の名称等・所在地										期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日											

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・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																				
医 療 保 険	保険者名											保険者番号								
	被保険者 記号・番号	記 号									番 号							枝 番		

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、精華町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、精華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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。【更新申請の場合のみ】申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期限内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名(自署)

(代筆者氏名 (続柄)

状況確認書 ※状況確認書は、認定調査員に情報提供し日程調整や調査に利用します。

被保険者() 相談者() 記録者()

家族構成 ・独居 ・同居家族() ・主な介護者()

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)

担当(予定)ケアマネジャー ☐あり 事業所名: 担当者:
☐なし

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	TEL 本人との関係()		
	調査の立会い希望	有 ・ 無	立会人氏名	TEL 本人との関係()		
	訪問日時	1. 希望日 ・ 希望開始時間 9時～13時30分				
		① 月 日 希望開始時間	② 月 日 希望開始時間	③ 月 日 希望開始時間		
		2. いつでも良い 3. 役場から連絡し、日程調整を依頼				
調査時注意点	事前に調査員に伝えておきたいことがありますか ☐ 病名を告知していない ☐ 本人の前で話しにくいことがある ☐ その他					
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は不要 ・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 有 ・ 無 (駐車可能な場所)					

※町記入欄

認定調査員氏名	
認定調査日	令和 年 月 日 開始時間 : ~
認定調査票提出期限	令和 年 月 日まで
申請者(家族等)への調査日連絡状況	ケアマネジャーより連絡済み ・ 申請者(家族等)へ決定日の連絡必要 ・ 日程調整後連絡済み