**介護保険　要介護等認定申請書**

□ 新規　□ 更新　□ 区分変更　□ 転入等

（宛先）南幌町長 様　　次のとおり申請します。　　　　　　申請年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定を受ける人（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： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64歳以下の方は記入 | | | 特定疾病名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 〒　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の認定結果 | | | □なし □要支援１ □要支援２ □要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間：　　　　年　　　月　　　日 から　　　　年　　　月　　　日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由  （変更申請時のみ記入） | | | □ 状態の悪化 | | | | | **※具体的な状況を記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 状態の改善 | | | | |
| 入所・入院状況 | | | 施設名 | | | | |  | | | | | | | | 期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出代行者 | 名称 |  | □ 親族　　　　　　□ 地域包括支援センター  □ 介護保険施設等　□ 居宅介護支援事業所  □ 医療機関　　　　□ その他 |
| 電話番号 |  |
| 住所 | 〒　　　　― | |
|  | |

**※本人以外の方が提出される場合は、必ず上記の項目すべてに記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関 |  | 最終受診日 | 年　　　　月　　　　日頃 |
| 主治医 | ※フルネーム | 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒　　　　― | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意事項 | **以下のことに同意します**。  １．介護（予防）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、要介護（要支援）認定に係る調査内容、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、南幌町が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、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。  ２．更新申請から３０日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。 | | | | | | | |
| 本人署名：　　　　　　　　　　　　　　代筆者署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　【裏面に続きます】 | | | | | | | |
| 認定調査について | | 訪問調査場所 | 名称 |  | | | | □ 自宅　□ 入所先  □ 病院  □ その他（　　　） |
| 所在地 | 〒　　　　― | | | |
|  | | | |
| 日程調整等連絡先 | フリガナ |  | | | | 本人との関係  （　　　　　　　　　　） |
| 氏名 |  | | | |
| 連絡先① |  | | 連絡先② |  | |
| 調査時の同席 | 有・無 | フリガナ |  | | | 本人との関係  （　　　　　　　　　　） |
| 同席者名 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定結果郵送先 | 名称 |  | | □ 被保険者宅  □ 入所先  □ 入院先  □ その他（　　　） |
| 所在地 | 〒　　　　― | |
|  | |
| フリガナ |  | 本人との関係  （　　　　　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  | |

**※郵送先に記載がない場合は、登録されている郵送先に送付します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人について | 申請理由 | きっかけ | □ 申請を勧められて | 誰　　　に： |
| □ けが・病気 | どんなこと：　　　　　　　　　　いつ頃から： |
| □ 加齢・その他 | どんなこと： |
| 困りごと | 例）買い物・掃除・通院・ベッド・車いす・手すり・リハビリ・デイサービス　等 | |
| 同居の有無 | □ 独居　　　□ 同居（ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 子の配偶者 ・ 孫 ・ 父 ・ 母 ・ 他（　　　　　　　） | | |
| 本人の状態 | 受け答え | □ できる　□ 簡単なことに限られる　□ 難しい　□ その他（　　　　　） | |
| 聴力 | □ 普通　□ 普通の声がやっと聞こえる　□ 大きな声なら聞こえる　□ ほとんど聞こえない | |
| 歩行 | □ できる　□ 杖や歩行器など使用　□ 車いすを使用　□ 車いすでも困難 | |
| 排泄 | □ できる　□ 時々失敗がある　□ 声かけや見守りが必要　□ 介助が必要 | |
| 物忘れ | □ なし　□ 置き忘れなどが目立つ　□ 最近のことがわからない　□ すぐに忘れる | |

**※訪問調査時の参考とさせていただきますので、下記の質問にお答えください。**

※南幌町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 認定調査員 |  |