

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 | 保険者名 | | | 保険者番号 | | | | |
| | 保険 | 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 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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) | | <input type="checkbox"/> 状態の悪化 | ※具体的な状況を記入 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 介護保険施設等 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | | 〒 | |

※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、南幌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、南幌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。 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 | | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所先 |
| | | 所在地 | 〒 | | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 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 同席者名 | | | 本人との関係 () |

| | | | | |
|---------|------|---|--------|--|
| 認定結果郵送先 | 名 称 | | | <input type="checkbox"/> 被保険者宅 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 申請を勧められて | 誰 に： | | |
| | | | <input type="checkbox"/> けが・病気 | どんなこと： いつ頃から： | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居【夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・他()】 | | | | |
| | 本人の状態 | 受け答え | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単なことに限られる <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | | 聴 力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない | | | |
| 歩 行 | | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や歩行器など使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 車いすでも困難 | | | | |
| 排 泄 | | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々失敗がある <input type="checkbox"/> 声かけや見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 | | | | |
| 物忘れ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 置き忘れなどが目立つ <input type="checkbox"/> 最近のことがわからない <input type="checkbox"/> 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 | |
|-------|--|