

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

海南市長 あて

受付	
----	--

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更(1.介護→介護 2.支援→介護 3. 1・2以外) <input type="checkbox"/> 転入継続																							
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0										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	〒										電話番号												
	現在の居所 (上記住所と違う場合) 入所・入居・入院	名称											所在地											
	現在(前回)の 認定結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2	事業対象者													
	申請理由	例：施設入所を検討しているため、手すりなどの住宅改修をしたいため、介護ベッドの貸与をしたいため、身体状態悪化によりサービスを増量したいため等																						
	14日以内 の転入者	転入前の市町村名								転入前に、介護認定申請をしましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					「はい」の場合は、	申請日	年	月	日				

◎区分は、転出時点において有効に適用される区分等で、有効期限は転入日から6か月を基準とする。

申請者	氏名	※被保険者本人の場合は、記入不要です。										続柄											
	住所	〒										電話番号											
提出 代 行 者	名称	該当するものを ○ で囲ってください。 地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）支援事業者・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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院																					
	所在地	〒										担当者（ ）											電話番号

主治 医	主治医氏名	※必ず姓・名を記入してください。										医療機関名											
	所在地	〒										電話番号											

第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																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎主治医意見書を記載した医師が、審査判定結果の提示を希望した場合は市から提示すること

◎更新申請において認定有効期間内に認定結果が出ることが見込める場合は、延期通知を省略すること

上記について 同意します。 同意しません。 本人氏名 _____

【申請にあたってのお願い】

申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため調査員が訪問調査に伺います。

ご本人だけの対応が困難な時は、同席されるご家族の方（介護者）や指定居宅支援事業所の方（担当者）にもお話を伺います。また、調査時に入院・入所されている場合は、病院の方や施設の方にもお話を伺う場合があります。調査は平日（月～金）の日中となります。

調査日程調整

※調査日程調整をする方に○を付けてください。

（○印は1箇所に限ります。）

ご本人

↓ 同席される場合は印を付けてください。

同席 <input type="checkbox"/>	ご家族	フリガナ	氏名	続柄	
			住所 〒	電話番号	① ②
同席 <input type="checkbox"/>	事業所 病院 施設 (担当者)	フリガナ	氏名	続柄	
			所在地 〒	電話番号	① ②

調査場所

※調査場所と該当するところに印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 同居家族有
<input type="checkbox"/> 施設	現在の入所先へ伺います。	
<input type="checkbox"/> 病院 ※1	現在の入院先へ伺います。（下記に記入してください。）	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> サービス利用時	<input type="checkbox"/> 別居親族の自宅

※1 医療機関に入院中の方は、原則として認定申請の受け付けはいたしません。

例外として、退院日が確定し退院後すぐに介護サービスを利用する予定のある方、又は、退院後施設へ入所を希望している方は入院中でも受付いたします。ただし、状態が安定している方に限ります。

入院日	年	月	日	
退院予定日	年	月	日	
退院後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： _____） <input type="checkbox"/> 未定（理由： _____）			

サービス利用状況

※現在受けているサービスを記入してください。

サービスの種類	利用曜日 その他（○で囲む）	事業所名
<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス）	月 火 水 木 金 土 日	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月 火 水 木 金 土 日	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	月 火 水 木 金 土 日	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 火 水 木 金 土 日	
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	月 火 水 木 金 土 日	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	月 火 水 木 金 土 日	
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ）	月 日 ～ 月 日	
	月 火 水 木 金 土 日/週	
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ）	月 日 ～ 月 日	
	月 火 水 木 金 土 日/週	