

# 介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書

粕屋町長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更			申請年月日	年 月 日						
	介護保険 被保険者番号	3	4	9	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				性 別	男 ・ 女						
	氏 名				生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日						
	住 所	〒 - 粕屋町			電話番号 ( )							
	前回の要介護 認定の結果等	非該当		要支援1	要支援2	要介護 1	2	3	4	5		
		有効期間		年 月 日 から		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  有 ・ 無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地				期間	年	月	日	～	年	月
				期間	年	月	日	～	年	月	日	
				期間	年	月	日	～	年	月	日	

申 請 者	フリガナ											
	氏 名	本人との関係 ( )										
	住 所	〒 - 電話番号 ( )										
	提出代行 事業者名	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・その他 )										

主 治 医	フリガナ											
	主治医の氏名					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 ※医療保険証の写しを添付して下さい。**

特定疾病名	
-------	--

(同意欄)

- ①本人以外が申請する場合、申請書の提出を上記申請者に委任することに同意します。
- ②更新申請の場合、現在の認定の有効期間内に結果通知できるときは、延期通知の省略に同意します。
- ③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、認定調査内容、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、粕屋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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書記載医師又は認定調査員に提示することに同意します。

本人署名

代筆者氏名

本人との関係 ( )

申請者住所と同じ

代筆者住所

※本人署名欄を代筆した場合は右記にもご記入下さい。

同居家族の有無	有 ( 配偶者 ・ 子 ・ ) ・ 無					
介護が必要になった 主な病名	直近の受診日		年 月 日			
	受診予定日		年 月 日			
身体状況	1. 自力歩行(杖・歩行器使用含む) 2. 介助歩行 3. 車いす 4. 寝たきり					
認知症	有 ( ) 無					
意思疎通	可 ・ 不可		難 聴		有 ・ 無	
現在利用中の サービス ※新規申請の方は希望のサービスをご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 訪問介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 訪問看護(介護予防) <input type="checkbox"/> 通所介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入(介護予防) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(介護予防) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(介護予防) <input type="checkbox"/> 短期入所(介護予防) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
特記事項	* 変更申請の方はその理由をご記入下さい。					
調査希望 曜日		月	火	水	木	* 希望曜日に○、都合の悪い曜日に×をご記入下さい。
	午前					
	午後					
調査時立会人の 氏名・住所	フリガナ					本人との関係( )
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 自宅電話 ( ) 連絡のつく時間帯 携帯電話 ( ) 連絡のつく時間帯				
調査訪問先 住所 ※自宅以外の場合は施設・病院名、住所、連絡先をご記入下さい。	自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他				※入院中の場合はご記入下さい。	
					入院病棟	
					退院予定日	
結果通知先	* 駐車スペース 有( )・ 無 電話番号 ( )					
	・ 自宅 ・ 自宅以外 (「自宅以外」の場合、下記に送付先をご記入下さい。)					
	〒 宛名 電話番号 ( ) (自宅以外へ送付する理由)					

※ 以下は町記載欄です。

調査予定日時	年 月 日( ) 時 分～
--------	---------------

確認書類	身元	番号	代理	入力	調査	備考