

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

毛呂山町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 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									
	フリカ、ナ												生年月日		明・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														
			有効期間		令和 年 月 日 から					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		※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																			
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																				
		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・指定介護療養型医療施設・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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、毛呂山町 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。

本人氏名

毛呂山町要介護（支援）認定申請確認事項（必ず記入してください）

※国の方針に基づき、認定更新申請について、有効期間内に要介護認定の決定ができる場合は、申請から30日を超えて決定を行う場合でも延期通知を省略しています。延期通知を希望する場合は下記に☑してください。

有効期間内に認定結果が出る場合でも、申請から30日を過ぎた場合には、延期通知を希望します。

1. 申請者について

申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です。	
ふりがな	
氏名	（続柄                      ）                      TEL                      —                      —
住所	

2. 医療（主治医）の状況

受診状況	次回受診予定日など
___月毎 ___週毎 ___回 / <input type="checkbox"/> 不定期 ___日毎	最終受診日 _____ 次回受診予定日 _____ <small>※主治医に申請することを事前に伝えていない場合や受診間隔が長い場合などは、病院へ介護の申請をしたことを伝え、意見書記入のための受診が必要か確認をしてください。</small>
<input type="checkbox"/> 最近受診していない	次回受診予定日 _____
<input type="checkbox"/> 入院している <small>※入院直後や急性期では、認定調査ができない場合があります。また転院予定がある場合は、転院後に認定申請することを推奨しています。</small>	・退院（予定）日は決まっていますか （ <input type="checkbox"/> はい【     年     月     日頃】 <input type="checkbox"/> いいえ     ） ・転院・退院の相談の話がありますか（ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ     ）

3. 調査について

実施場所	調査連絡先等
<input type="checkbox"/> 自宅（住所地） <input type="checkbox"/> 自宅以外 名称： _____ 住所： _____ TEL： _____	●日中の連絡先（※月～金曜日の日中の間に連絡のつく連絡先を記入してください） <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（異なる場合は下記に記入） <small>ふりがな</small> 氏名 _____ TEL                      —                      —                      続柄 _____ ●連絡のつきやすい時間帯 ●調査の立ち合い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上記と同じ（※異なる場合は下記に記入） 〔 ふりがな： _____ 立ち合い者名： _____ 続柄： _____ TEL：                      —                      — 〕 ◆調査立ち合い後に本人のいない所での聞き取りについて <small>※認知関係等本人に聞かれたくない話がある場合等</small> <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
<small>※入院・入所中の方の調査は、職員の方の立ち合いで調査を行っていますので、原則ご家族の立ち合い及び電話での聞き取りは不要としております。</small> <small>※都合により調査員を変更する場合がありますので、ご了承ください。尚、調査員は調査時に認定調査員証を提示いたしますので、安心して調査を受けてください。</small>	

4. 生活・身体状況等

現在の生活状況等	調査実施時の留意点等																		
●生活状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族有（本人含     人） <input type="checkbox"/> 入院中（疾病名                      ） ●心身状況の変化（                      ヶ月・年前から） <input type="checkbox"/> 身体動作の悪化 <input type="checkbox"/> 持病の悪化 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> その他（                      ） ●利用サービス（新規の方は希望するもの） <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	●都合の悪い曜日に×を記入。     ●その他留意点等ございましたらご記入ください。 <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	午前						午後					
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			

町使用欄	前回（                      ） 年 月 日（     ）                      :                      ~
------	--