

| | |
|-------|-----------|
| 支所受付印 | 高齢者福祉課受付印 |
| | |

※裏面も記入してください

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

三次市長様
次のとおり申請します。

| | | | |
|---------|--|-------|-------|
| 申請者氏名 | 本人との関係 | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請代行者名称 | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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) | | |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 | | |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--|-----------------|-------------|---------|-----|
| 被 保 険 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 | |
| | フリガナ | | 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 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| | ※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 「はい」の場合、申請日 年 月 日 | | | | |
| | 申請の理由 ※新規申請の場合のみ記入 | <input type="checkbox"/> 在宅で介護保険サービスを利用したい (ホームヘルプサービス・デイサービス・短期入所・住宅改修・福祉用具レンタル等) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申請を勧められた → <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況) | | | | | | |
| 過去6月間の介護保険施設等への入所、医療機関等の入院の有無 有・無 | 介護保険施設等の名称・所在地 | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| | 医療機関等の名称・所在地 | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |

| | | |
|-----|--------|--------|
| 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三次市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:

(代筆)

(表面)

申請情報確認票

この申請情報確認票は、認定調査が的確かつ円滑に行われるよう、ご本人の状況をお伺いするものです。

下記に必要事項を記入又は☑をつけてください。ご協力をお願いします。

※土・日・祝日の調査は行っておりません。9：30～15：00までの時間帯で調整をお願いしています。

| | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 訪問調査を行う場所 | <input type="checkbox"/> 自宅（住民票の住所地） | | 住所 | 〒 様方 電話番号（ ） - |
| | <input type="checkbox"/> 住民票の住所と異なる場所 | | | |
| 身体状態 | <input type="checkbox"/> 病院又は施設等 退院又は退院予定日 <input type="checkbox"/> 予定あり（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 予定なし | | 名称 | 病棟 階 号室 |
| | <input type="checkbox"/> 落ち着いており調査が可能 | | | |
| 調査への同席者の有無 | <input type="checkbox"/> 同席する | | フリガナ | 電話番号（ ） - (続柄) |
| | <input type="checkbox"/> 同席しないが聞き取り希望 | | 氏名 | |
| | <input type="checkbox"/> 同席しない | | ←この場合、心身の状況に関しての聞き取りに対して十分に受け答えができる | |
| 日程調整の相手 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 調査同席者と同じ (続柄) | 8：30～16：30 の間で連絡がとれる電話番号 | 自宅/携帯/勤務先（名称） 電話番号（ ） - |
| | 氏名 | | ※連絡がとれやすい時間帯等（ 時～ 時 / 時 まで・以降） | |
| 認定結果の送付先が住所と違う場合は記入 | <input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ | | <input type="checkbox"/> 上記の調査場所と同じ | |
| | 〒 | | | |
| 調査時の注意事項 | 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | | | |
| | 未告知の病気等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | | | |
| | 認知症の傾向 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 難聴（筆談の必要性） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | 本人がおられない場所での聞き取りの必要性（認知症に関すること等） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | サービス利用について（新規申請） <input type="checkbox"/> 暫定利用予定 <input type="checkbox"/> 検討中 | | | |
| | サービス利用について（更新・区分変更 申請） <input type="checkbox"/> 現在利用中 <input type="checkbox"/> 検討中 | | | |
| | サービス内容 通所系 曜日（AM/PM/終日） 曜日（AM/PM/終日） | | | |
| | 訪問系① 曜日（ 時 分～ 時 分） | | | |
| | 訪問系② 曜日（ 時 分～ 時 分） | | | |
| | 訪問系③ 曜日（ 時 分～ 時 分） | | | |
| その他（ | | | | |
| ご都合の悪い日・曜日 (病院受診/デイサービス・サロン等) | | | | |
| 居住環境 駐車場 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 場所（ | | | | |
| ※その他、調査時に留意する事項、希望・要望があればご記入ください。 | | | | |

更新申請の場合、居宅介護支援事業所・介護保険施設の方のみご記入ください。

訪問調査をする・訪問調査をしない（○で囲んでください。）

居宅介護支援事業所・介護保険施設名（訪問調査をする場合のみご記入ください。）

（裏面）