



# 介護保険 要介護 ・ 要支援

( 新規認定 ・ 更新認定 ・ 区分変更 ) 申請書

阿久比町長殿

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号											
	フリガナ											性別	男 ・ 女										
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	住所	〒 — 〇 ( ) —																					
	医療保険	保険者名											保険者番号										
		記号						番号						枝番									
		<small>※被保険者証の記号番号等をご記入ください。</small> 特定疾病 <small>※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ</small>																					
	前回の 要介護認定 等の結果	状態区分	要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5															
		有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																				
		転出元自治体											申請日	令和 年 月 日 <small>※1</small>									
現在の状況 <small>※□にシ点を付けてください。</small>	<input type="checkbox"/> 在宅																						
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等	名称										入所日 年 月 日											
		<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 短期入所中																					
	<input type="checkbox"/> 医療機関	名称										入院日 年 月 日											
病棟										退院日 ( ) 頃 ・ 未定													

※1 転出元自治体で申請中であり、結果通知を受け取っていない場合のみ記入してください。

主 治 医	医療機関名											主治医氏名										
	所在地	〒 — 〇 ( ) —																				
	受診状況	最終診察日 月 日 ・ <small>※2</small> 次回診察 月 日 / <input type="checkbox"/> 入院中																				

※2 診察が必要な場合は原則 2 週間以内にお願ひします。 ※3 本人申請の場合、申請者欄は記入不要です。

申請者	<small>※3</small> 続柄 ( )																				
提出 代 行 者	名称 <small>※□にシ点を付けてください。</small>	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設										<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター									
	所在地	〒 — 〇 ( ) —																			

★ 裏面あり

同意署名欄	1.情報提供の同意	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、阿久比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。
	2.延期通知省略の同意	要介護更新認定・要支援更新認定の申請日から 30 日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に結果が通知されるのであれば、延期通知を省略することに同意します。
	被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)	

※<sup>4</sup>入院中・入所中の場合は医療機関名・施設名、個人宅の場合は住所をご記入ください。

訪 問 調 査		
同 席 者	氏名 _____ 続柄 ( _____ )	☎ _____
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
認定調査希望日	<input type="checkbox"/> 希望日あり ( _____ ) / <input type="checkbox"/> 特になし	
訪 問 先	<input type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> それ以外※ <sup>4</sup> ( _____ )	
駐 車 場 (調査員用)	<input type="checkbox"/> 敷地内に駐車スペースあり <input type="checkbox"/> なし → 近隣に駐車する場所 ( _____ )	
備 考		

★新規・区分変更の場合は以下もご記入ください。

申 請 理 由	今後利用したいサービスについて
<input type="checkbox"/> 身体的な状況が悪くなったため	<input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> 認知症状が現れたため	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
<input type="checkbox"/> 医療機関から勧められたため (医療機関名 _____ )	<input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
	<input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハ (デイサービス/デイケア)
	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入
	<input type="checkbox"/> 住宅改修
	<input type="checkbox"/> 施設入所

具 体 的 状 態	
診 断 名	

調 査 日	月 日 ( _____ )	:	~	調 査 員	
-------	---------------	---	---	-------	--