介護保険　認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西原村長　様  次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 申　請　者 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | |  |
| 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・介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介　　護　　保　　険　　者 | 被保険者番号 | | | |  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | ※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 | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | | 男　　・　　女 | | | |
| 住所 | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の介護認定結果等  ※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　要支援区分　１　２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保健施設等入所の有無  （短期入所を除く） | | | | 有・無 | | | 入所施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新規・変更申請の場合　その理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | 主治医氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | |  | | | |
| 所在地 | | | | | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※第二号被保険者（40歳から64歳までの医療加入者）のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名 | | | |  | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証  記号番号 | | | | | | | | | |  | | |
| 特定疾病名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護サービス計画を作成する為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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保健施設の関係人に提示することに同意します。  本人氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

新規　　　更新　　　変更　　　要支援者の変更

|  |
| --- |
| **訪　問　調　査　確　認　票** |
| **１．訪問調査時の対応について**  □　ひとりで対応できる　　□　ひとりで対応できない |
| **２．同居家族の状況について**  　□　独居　　□　同居（夫婦のみ）　　□　同居（その他） |
| **３．訪問調査時の同席について**  □　同席する　　□　同席しない  同席者氏名：　　　　　　　　　　　被保険者との関係　：  連絡先：  本人または同席者と連絡が取れる時間帯  ※月曜日から金曜日の午前9時から  午後4時の間でお願いします。  □　いつでも  □　日時指定  　　 　（曜日：　　　　時間：　　　　　　　） |
| **４．訪問調査先について**  □　自宅　　□　施設　　□　病院　　□　その他（　　　　　　　 　　）  　　施設名（　　　　　　　　）住所（　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　）  　　※駐車場について　□　あり　□　なし |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | | 午前 |  |  |  |  |  | | 午後 |  |  |  |  |  |   **５．定期的な不在について**（訪問調査を行えない日に「×」の記入） |
| **６．介護サービスの利用状況について**（新規申請の方は記入不要です）  訪問介護　　　　　（　　　　）回／月　　夜間対応型訪問介護　　　　　　　　　　（　　　　）回／日  訪問入浴介護　　　（　　　　）回／月　　ショートステイ（特養等）　　　　　　　（　　　　）回／日  通所介護　　　　　（　　　　）回／月　　ショートステイ（老健・診療所）　　　　（　　　　）回／日  通所リハビリ　　　（　　　　）回／月　　特定施設入居者生活介護　　　　　　　　（　　　　）回／日  訪問看護　　　　　（　　　　）回／月　　認知症対応型通所介護　　　　　　　　　（　　　　）回／日  訪問リハビリ　　　（　　　　）回／月　　小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　（　　　　）回／日  居宅療養管理指導　（　　　　）回／月　　認知症対応型共同生活介護　　　　　　　（　　　　）回／日  福祉用具貸与　　月（　　　　）　品目　　地域密着型特定施設入居者生活介護　　　（　　　　）回／日  福祉用具販売　　月（　　　　）　品目　　地域密着型老人福祉施設入居者生活介護　（　　　　）回／日  住宅改修　　　　　　　　□有　　□無　　定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　　（　　　　）回／日  看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　（　　　　）回／日 |
|
|
| **７．訪問調査後、ケアマネージャーや施設職員等からの情報収集について**  □　必要なし　　□　必要あり（関係者名：　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　） |

※上記内容は、訪問調査の際に参考にさせていただきますので可能な限り記入してください。