

介護保険申請書

新規 更新 変更 要支援者の変更

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	明・大・昭 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	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援				
	※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
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	— —	

65歳未満の方のみ記入

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

認定調査連絡票

1：認定調査時の対応は、ご本人一人でできますか？（○を付けてください）

① 本人一人で対応できる

〔 普通にできる ・ 大きい声で話せばわかる ・ 補（助）聴器を使用するとできる
軽微な物忘れはあるが、電話や伝言等に支障はない 〕

② 本人一人では対応できない

〔 難聴がある ・ 言語障害がある ・ 認知症がある ・ 重度の視覚障害がある ・ 手話・筆談が必要 〕

2：同居されている家族の方は？（○を付けてください）

いる

いない

3：訪問調査時の同席について（○を付けてください）

同席する

日程等が合えば同席する

同席しない

※上記にて同席を希望される場合に記入してください。

同席者氏名：_____ 本人との関係：_____

電話番号 自宅・職場（_____）

携帯（_____）

本人または同席者と連絡が取れる時間帯

1 いつでも可

2 _____曜日

※月曜日から金曜日の午前 9 時から午後 4 時の間で

_____時～_____時頃

お願いします。

4：訪問調査先について（○を付けてください）

自宅

施設

病院

その他（_____）

「施設・病院」の場合

施設名（_____）病棟（_____）電話番号（_____）

5：定期的に家を不在にする日があれば下表にご記入ください。（訪問調査に利用します。）

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

福祉用具レンタル品

有・無〔 _____ 〕

6：調査後、関係者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：_____）

7：身体状況等における現在の様子や状態の変化、困っていることがあれば書いてください。

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。