

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

西原村長

次のとおり申請します

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 転入等
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0	個人番号			
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	氏名			性別	男 ・ 女 ( 歳)	
	住所 (住民票上)	〒 - (電話番号)				
	現在の本人 のいる場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住所と同じ) <input type="checkbox"/> 病院等に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他(家族宅等)				
		病院名・施設名・家族名等				
		所在地	〒 - (電話番号)			
	現在の認定内容	要介護度	要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 頃 ・ 未定			
	申請の理由 新規・変更の場合 のみ記入	※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入ください。				
転出元自治体(市町村)名 ( ) 転出元自治体での要介護・要支援認定の状況 <input type="checkbox"/> 認定済 ・ <input type="checkbox"/> 申請中(申請日: )						
具体的に記入 (いつからどのような身体状態・認知症状か、それによる介護の手間など)						
●第2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 ※該当するか主治医に確認済みであること						
医療保険	医療保険者名			記号・番号		

主治医	医師の氏名	( 科)	医療機関名	
	所在地	〒 - (電話番号)		

申請 代 行 者	被保険者との 関係	1. 家族 続柄 ( ) 2. 居宅介護支援事業者 3. 地域包括支援センター 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. その他 ( )			
	フリガナ 氏名・名称				
	住所	〒 - (電話番号) (携帯電話)			

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、主治医意見書、村が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、村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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む)ことに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_  
(本人との関係 \_\_\_\_\_)

## 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： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

被保険者との  
関係： \_\_\_\_\_

本人または同席者と連絡が取れる時間帯

いつでも

日時指定

（曜日： \_\_\_\_\_ 時間： \_\_\_\_\_）

※月曜日から金曜日の午前9時から  
午後4時の間をお願いします。

### 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

### 5. 定期的な不在について（訪問調査を行えない日に「×」を記入）

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

### 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。