

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

栃木県那須郡那須町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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										
	氏 名										性 別										
	住 所										地 区 名										
	那須町大字										電 話 番 号										
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等										要 介 護 状 態 区 分					要 支 援 状 態 区 分					
	* 要 介 護 ・ 要 介 護 更 新 認 定 の 場 合 の み 記 入										有 効 期 限					有 効 期 限					
	過去6カ月の介護保険施設・医療機関等入院所の有無										介護保険施設の名称等・所在地					期 間					
有 ・ 無										介護保険施設の名称等・所在地					期 間						
										医療機関等の名称等・所在地					期 間						
										医療機関等の名称等・所在地					期 間						

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）									
	住 所	電 話 番 号									

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、那須町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

【保険者記入欄】

申請理由 更新・病院の勧め（ ）・サービス利用希望・転入・その他（ ）
 来庁者（ ）・受付担当（ ）・自宅確認 済・未済
同時申請（チェックリスト） 無・有
情報提供交付申請書 無・有（ ）
サービス計画届出書 無・有（ ）

本人氏名 _____
 代理人氏名 _____（続柄 _____）

申請書を提出される方へ(新規申請用)

訪問調査の参考としますので、必要事項にチェックまたは、記入してください。

1 調査場所について

- 自宅での調査を希望する方 ※ご家族が調査の立会いをしてください。
- ア 同居家族 あり 主な介護者 夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()
なし 近隣に家族が住んでいる 遠方に家族が住んでいる
- イ 調査立会 あり →「2 調査の立会いについて」も記入してください。
なし
- 病院での調査を希望する方 ※ご家族の立会いは強制ではありません。(希望者のみ)
医療機関に入院中の方は、原則として状態が安定し、退院の見通しがついてから調査を行います。
- ア 調査場所 棟 階
- イ 調査立会 あり →「2 調査の立会いについて」も記入してください。
なし
- ウ 入院の原因となった病名等 _____
- エ 退院予定日 決まっている(月 日頃・近々) 未定
- オ 退院後の予定(希望含む) 自宅へ戻る 施設入所 転院() 未定
- カ 今回の申請についての主治医の許可 あり なし
- 施設等での調査を希望する方 ※ご家族の立会いは強制ではありません。(希望者のみ)
- ア 調査場所 施設等名称 電話
住所 〒
- イ 調査立会 あり →「2 調査の立会いについて」も記入してください。
なし

2 調査の立会いについて

- ア 立会う方の氏名 _____ (フリガナ) _____ 続柄 _____
- イ 日中連絡のつく電話番号 自宅・携帯・その他()
連絡が付きやすい時間帯 午前・午後 時頃～午前・午後 時頃
- ウ 都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。

特になし あり →

月 曜		火 曜		水 曜		木 曜		金 曜	
午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後

※ 土日、祝祭日等は、訪問調査はできません。

3 利用を希望するサービス

- 訪問介護 福祉用具貸与
訪問入浴介護 特定福祉用具販売
訪問看護 住宅改修
訪問リハビリ 認知症対応型通所介護
居宅療養管理指導 小規模多機能型居宅介護
通所介護 認知症対応型共同生活介護
通所リハビリ 介護老人福祉施設等・介護老人保健施設への入所
短期入所生活介護 その他()

4 主治医意見書について

- ア かかりつけ医に受診したのはいつですか。 1月以内 3月以内 6月以内 その他()
- イ どのような症状で受診しましたか。 _____

5 現在の心身状況

- ア 歩行 _____ イ 食事 _____ ウ 排泄 _____
エ 認知機能の低下 _____ オ その他 _____