

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

芝山町長 様
次のおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 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					明・大・昭 年 月 日									
	氏 名										性 別					男 ・ 女									
	住 所										電話番号														
	前回の要介護 認定の結果等										*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					要支援状態区分 1 2				
											有効期限										年 月 日から				
	※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入										転出元自治体（市町村）名 []														
											現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）										はい ・ いいえ				
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無										介護保険施設等の名称等・所在地					期間					年 月 日～年 月 日					
										介護保険施設等の名称等・所在地					期間					年 月 日～年 月 日					
										医療機関等の名称等・所在地					期間					年 月 日～年 月 日					
										医療機関等の名称等・所在地					期間					年 月 日～年 月 日					
有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地					期間					年 月 日～年 月 日					

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・介護老人保健施設・介護医療院）									
	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、芝山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。
（更新申請の場合）申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

あてはまるところに☑をつけて各項目に必要事項をご記入ください。

調 査 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅(表面 被保険者「住所」と同じ)				
	<input type="checkbox"/> 施設・病院内(表面 入所・入院中の施設・病院)				
	_____ 病棟 _____ 階 _____ 号室、退院予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 未定				
	<input type="checkbox"/> その他(住所地以外の住居の場合等)				
	施設等の名称：				
	住 所：			電 話 番 号：	
	駐車場 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし⇒近隣の駐車場所(_____)				
調 査 立 会 者	<input type="checkbox"/> あり(下欄に立会者を記入してください。) ・ <input type="checkbox"/> なし				
	氏名		本人との関係	電話番号	※日中連絡がつく番号をお願いします。
調 査 日 程 調 整 の 連 絡 先	※上記「調査立会者」と同じ場合、この欄は、記入不要です。				
	氏名		本人との関係	電話番号	※日中連絡がつく番号をお願いします。
主治医について(申請後、町から主治医へ意見書作成を依頼しますので、作成して頂けるよう事前に確認される事をお勧めします)				受診予定日 (最終受診日)	年 月 日
ケアマネジャーについて (在宅介護の方のみ)	事業所		担当ケアマネジャー		

利用中のサービスを☑の上、() 内に曜日や時間帯、回数、サービス内容をご記入ください。

<input type="checkbox"/> ホームヘルパー (_____)
<input type="checkbox"/> デイサービス (_____)
<input type="checkbox"/> ショートステイ (_____)
福祉用具の <input type="checkbox"/> 貸与 _____ 品目、 <input type="checkbox"/> 購入 _____ 品目(_____)
住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (改修箇所： _____)
<input type="checkbox"/> その他 (_____)

家族状況、申請経緯、利用したいサービス、調査時注意すること、調査員に事前に伝えておきたいことなどがあれば記入してください。あてはまるところに☑してください。

1. 家族状況 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 家族と同居しているが日中は一人
2. 申請のきっかけは何ですか? <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族で相談して <input type="checkbox"/> 主治医の勧め <input type="checkbox"/> その他(_____)
3. 利用したいサービス(_____)
4. がんの場合のみご記入ください。 本人への告知 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
5. その他、調査員に事前に伝えておきたいことなどがあれば、記入してください。

提出者 ご本人、 表面「提出代行者」、 上記「調査立会者」、 上記「日程調整の連絡先」

その他 (その他を☑した場合は、下欄へご記入ください。)

氏名		本人との関係	
住所		電話番号	

(町役場記入欄)

被保険者証回収 済 ・ 未	保険料収納状況 滞納(有 ・ 無)	申請入力 / 入力済	
------------------	------------------------	---------------	--