

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

香芝市長様 次のおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0									申請年月日	平成	年	月	日					
	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										
	現在の要介護	要介護状態区分												1	2	3	4	5	要支援					
	状態区分等	有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日				
	現在の入所 ・ 入院状況	あり・なし	名称						期間	平成		年		月		日から		平成		年		月		日まで
所在地																								

主 治 医	主治医氏名						医療機関名					
	所在地	〒					電話番号					

介護サービス計画を作成するために必要があるときには、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、介護保険施設の関係人、主治医の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。

代筆者による署名の場合は、代筆者署名も記入してください。

本人署名 _____ (代筆者署名 _____)

特定疾患名	第2号保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入してください。
-------	---------------------------------------

提 出 代 行 者	名称	該当に（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・指定介護療養型医療施設）												印
	住所	〒												電話番号

裏面も記入してください

訪問調査にあたって 被保険者番号

認定調査については、公平・公正な調査を行うため、原則として市職員または現在利用中の居宅介護支援事業者の介護支援専門員以外の者が行います。調査員は認定調査前に必ず連絡をしますが、介護認定を迅速・正確に行うため下記に記入してください。調査所要時間は1時間前後の見込みです。

希望する項目にチェックレを付けた上、必要な箇所にご記入ください。

調査対象者氏名	
---------	--

訪問先	自宅 入院・入所先名() () 病棟() 号室 その他()
-----	---

1. 調査の希望日についてご記入ください。

曜日	いつでもよい 月 火 水 木 金 がよい 土曜日・日曜日・祝日の調査希望はご遠慮ください。
時間	いつでもよい 午前がよい 午後がよい () 時頃がよい 9:00 ~ 16:30の間をお願いします。

入院、入所先での調査については施設等の都合により希望に添えない場合があります。

2. 調査員から調査日時を相談するためのお電話はどなたに差し上げればよろしいですか。

連絡先	自宅 その他() 氏名() 本人との続柄() 電話() - 携帯電話() -
連絡可能な時間帯	いつでもよい () がよい 9:00 ~ 17:00の間をお願いします。

3. 調査は申請された方の日頃の生活状況及び介護の状況、介護の手間についてはお聞きします。どなたか立ち会いを希望されますか。

立ち会いを希望する	希望者氏名()
立ち会いを希望しないが、調査実施日時の連絡のみ希望する	続柄() 電話(-)
立ち会いも日時の連絡も希望しない (調査員に一任する)	

4. あらかじめ調査員に伝えていきたいこと(耳が聞こえにくい、会話が不自由、病名等)がありましたらご記入ください。

--