

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

新規

東郷町長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 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																				
			有効期間		年 月 日から 年 月 日まで																				
			* 1 4 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 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日																				
過去 6 カ月間の介護 保険・医療機関等入 院、入所の有無 (短期入所を除く)		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日									
		介護保険施設の名称等・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・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 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、東郷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。

本人氏名

被保険者証（回収・未回収・紛失）・資格者証交付（未・済）

個人番号確認

☐

分類番号 3 類 L 目 7 種番号 2 保存年限 5

訪問調査について

要介護（要支援）認定を行うために、ご自宅または病院（施設）等に伺い、訪問調査を行います。（所要時間は約1時間です。）できるだけご家族の立会いをお願いしておりますので、よろしくお願いいたします。

訪問調査にお伺いする日時は、事前に電話にてご連絡いたします。また、訪問調査の日程調整の参考にしますので、下記のご記入をお願いいたします。

- 1 訪問調査の日程調整はどなたとすればよろしいですか。

※できるだけ昼間に連絡がとれる電話番号（携帯等）を教えてください。

①本人	電話番号	
②家族 同居・別居	ふりがな	
	氏 名	関係（ ）
	電話番号	
③その他	ふりがな	
	氏 名	関係（ ）
	電話番号	

- 2 訪問調査の場所はどちらへお伺いすればよろしいですか。

① 申請書表面の住所地	
② 表面の住所地 以外	病院・施設名等
	住所
	電話番号

（調査員の車をとめる場所がありますか。ある・ない）

- 3 訪問調査の立会いはどなたかお願いできますか。

① できる 家族・家族以外	ふりがな	
	氏 名	続柄（ ）
②できない		

- 4 訪問調査の日程についてご都合の悪い日や曜日、時間帯を教えてください。

都合の悪い日に×をつけてください。

（通所介護・通所リハや通院日など、だいたいの予定で構いません。）

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

- 5 調査時に特に配慮が必要なことがありましたらご記入ください。

--

本人氏名：	相談者：	対応職員： (北 ・ 南)	相談日：
家族構成図		家族等の介護状況	
□ — ○ 本人年齢()歳 男性＝□、女性＝○ 本人＝回、◎ 死亡＝■、● 同居：○で囲む		キーパーソン(主な介護者)と状況	
申請のきっかけ	現在の状況	既往歴	
☐ 本人の希望 ☐ 家族の希望 ☐ 主治医のすすめ ☐ 病院からのすすめ ☐ その他	☐ 自宅で生活中 ☐ 入院中 退院予定 (未 ・ ／) ☐ その他	今までいつどんな病気をしたか・受診先医療機関 がんの場合：告知 (済 ・ 未)	
生活で困っていること			
身体機能 ① 歩行 (自立 ・ 杖等が必要 ・ できない) 生活機能 ② 移動 (一人で外出可 ・ 室内は移動可 ・ 介助が必要) ③ 食事 (自立 ・ 介助が必要) ④ 排泄 (自立 ・ 介助が必要) ⑤ 着替え (自立 ・ 介助が必要) 認知機能 ⑥ 物忘れ (問題なし ・ 年相応にあり ・ あり) 例：物を盗られたと言う、家族を巻き込んで探すことが増えた、同じ話を繰り返す など		具体的エピソード等 自立を選択以外は記入	
今後の希望		調査にあたり気をつけて対応してほしいこと	
(在宅 ・ 施設) 希望のサービスがあれば記入			

聞き取りの結果、下記の条件に該当する場合は、基本チェックリストのみで総合事業が利用できることを説明して下さい。

☐ 希望するサービスが、訪問介護、通所介護のみである。

☐ 【移動】【食事】【排泄】【着替え】が自立である。

☐ 認知機能に問題がない。

【保険料】

（ 滞納なし ・ 不能欠損 ・ 滞納あり → 折衝すること）

レガッタネット	包括への案内
済	／
未 不要 同意を得られ なかった	有 ・ 既 ・ 無