

介護保険〔要介護・要支援〕認定申請書

- ① 記入日
② をお願いします

新規 更新 区分の変更 転入

※該当にレ点を付す

昭和町長 様

申請年月日

①令和 ○年 ○月 ○日

次のとおり申請します。

※個人番号の確認に同意します。②

申請者 (認定を受けようとしている方)	被保険者番号	被保険者証上部の番号	個人番号																	
	フリガナ	ショウワ タロウ		生年月日	明・大・昭	○	年	○	月	○	日									
	氏名	昭和 太郎		性別	男	・	女	どちらかに○												
	住所	〒 409-3880 昭和町押越 542-2		電話番号	055-275-8784															

③ 前回の要介護認定の結果等	※更新、区分変更の者のみ記入	要支援状態区分	1	2	要介護状態区分	1	2	③	4	5
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日	から	令和 ○年 ○月 ○日					
	転出元自治体(市町村)名「 」	現在、転出(既に認定結果	③被保険者証に記載されている「要介護状態区分」と「認定の有効期間」を記入							

医療保険	保険者名	※国保、後期加入の方は記入の																
	被保険者証	記号	国保・後期加入の方は記入の必要はありません													番		
	被保険者名																	
	取得日	年	月	日	続柄													

④ 提出者	氏名名称	該当に○(家族等・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・介護医療院)														
	住所	④本人記入の場合、お名前のみで差し支えありません														

⑤ 主治医	主治医の氏名	押原 次郎					医療機関名	押原診療所									
	所在地	〒409-3864 昭和町押越 616					電話番号	055-〇〇〇-〇〇〇〇									

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、認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果、生活支援計画、申請書に提出され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、昭和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、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出する(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。

⑤主治医の先生のお名前をフルネームで記入
(医大の場合は別途予診票が必要です)

⑥被保険者ご本人の名前を記入

⑥本人氏名 昭和 太郎

⑦ 過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所 有・無	介護保険施設、医療機関等の名称・所在地 町立押原 介護保険施設、 特別養護老人ホーム	期間 ○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日 ○月 ○日 ~ ○月 ○日
	⑦ 過去半年間に 入所・入院がある場合は記入	

認定調査時等の 連絡先 どちらかに○ ⑧ 表面提出者と (同じ・異なる)	氏名 住所	係 [] ⑧ 提出者と同じであれば不要です 異なる場合は氏名及び住所・連絡先を必ず記入
⑨ 立会人 (認定調査時の連絡先と同じ場合は不要)		係 [] ⑨ 立ち合い希望の方の名前を記入

⑩ 現在利用している介護サービス	ケアマネージャー 【 ○○ 】	内容・曜日等を記入してください <input checked="" type="checkbox"/> 通所系サービス デイサービス (週2回、火木) <input type="checkbox"/> 訪問系サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他 レンタル (ベッド・車椅子)
-------------------------	--------------------	--

* 備考 (区分変更の場合は申請の)

⑩ 利用している介護サービスを記入

- ・ **赤字の部分**は必ずご記入いただきますようお願いいたします。
- ・ 記入不備多数の場合、お電話での聞き取り、または返送となる場合がございます。

* 備考 (役場記入欄)

[調査場所] 自宅 ・ 自宅外 ()	調査場所に○ 自宅外 (施設・病院) の場合、 名称も記入
----------------------------	--

第2号被保険者 (40歳から)

特定疾病 * 2号被保険者は次の特定疾病によることが認定の要件となります。

※ 右の特定疾病名を ○で囲んで下さい。	1 <u>がん(がん末期)</u>	9 <u>脊柱管狭窄症</u>
	2 <u>関節リウマチ</u>	10 <u>早老症</u>
	3 <u>筋萎縮性側索硬化症</u>	11 <u>多系統委縮症</u>
	4 <u>後縦靭帯骨化症</u>	12 <u>糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症</u>
	5 <u>骨折を伴う骨粗しょう症</u>	13 <u>脳血管疾患</u>
	6 <u>初老期における認知症</u>	14 <u>閉塞性動脈硬化症</u>
	7 <u>進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 (パーキンソン病関連疾患)</u>	15 <u>慢性閉塞性肺疾患</u>
	8 <u>脊髄小脳変性症</u>	16 <u>両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症</u>

* 記入事項等不明な点がありましたら、お問い合わせください。

昭和町役場 福祉介護課 介護保険係

055 (275) 8784 (直通)