

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

奥尻町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 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	経過的要介護	要支援状態区分 1 2
	有効期間 年 月 日から 年 月 日		
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	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) 印
	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

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、奥尻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

認定調査連絡票

認定訪問調査を行う際に参考といたします。下記の質問に記入してください。

※のある項は必須、ない項は分かる範囲で結構です。

氏名※	
住所※	
滞在先※	<input type="checkbox"/> 住所とおなじ <input type="checkbox"/> 入院・施設入所 <input type="checkbox"/> その他 名前： 本人との関係： 住所：〒
現況について	・ご本人の様子について、申請までのいきさつ <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> ・家族について <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦とふたり <input type="checkbox"/> その他（ ） ・ご利用したいサービスについて <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
調査について※	調査時の連絡先について <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> その他 名前： 本人との関係： 電話： 調査に同席する人 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 調査時の連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 調査時の連絡先と別の方 名前： 本人との関係： 電話：
送付先について※ (審査結果通知 被保険者証など)	<input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> その他 宛名： 本人との関係： 住所：〒
その他連絡事項	