

介護保険要介護・要支援（ 新規・更新・変更 ） 認定申請書

粕屋町長 殿

次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請区分	新規・更新・変更（口要支援からの変更）											
	被保険者番号	3	4	9	0	0	申請年月日	平成	年	月	日		
	フリガナ						性別	男・女					
	氏名						生年月日	明 大 昭	日	年	月		
	住所	〒					電話番号 ()						
	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要支援1		要支援2		要介護		1	2	3	4	5	
		有効期間		平成	年	月	日から	平成	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 (いずれかに○)	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年	月	日	～	年	月	日
						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
						期間	年	月	日	～	年	月	日
	有・無					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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型施設)									
	住所	〒					印	本人との関係 ()			
		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 ※医療保険証の写しを添付してください。

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、粕屋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

同居家族の有無	有（配偶者・子供・ ）・ 無		
介護が必要になった 主な病名	①	②	③
身体状況	1. 自力歩行 2. 介助歩行 3. 車いす 4. 寝たきり		
認知症	有（ ） 無		
意思疎通	可 ・ 不可	難 聴	有 ・ 無
現在利用中のサービス 新規申請の方は希望するサービスを記入	<input type="checkbox"/> 訪問介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 訪問看護(介護予防) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(介護予防) <input type="checkbox"/> 通所介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(介護予防) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与(介護予防) <input type="checkbox"/> 短期入所(介護予防) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特記事項	* 変更申請の方はその理由をご記入下さい。		
調査希望曜日	* 希望曜日に○ 月 火 水 木 金 * 時間については後日お知らせ、またはご連絡して頂くこととなります。		
調査時立会人の有無 氏名・住所	有・無	立会人の氏名 〒 立会人の住所 自宅電話（ ） 携帯電話（ ）	本人との関係（ ） 連絡のつく時間帯 連絡のつく時間帯
調査訪問先住所	・ 自宅 ・ その他 * 駐車スペースの有無 有 ・ 無 電話番号（ ）		
結果通知先	・ 自宅 ・ 自宅以外（「自宅以外」の場合、下記に送付先をご記入下さい） 〒 宛名 電話番号（ ） （自宅以外へ送付する理由）		

※ 訪問予定日時は、申請時に窓口で調整しますので記入の必要は有りません。

調査予定日時	平成 年 月 日（ ） 時 分～
--------	---------------------------------

入力	調査員名	備考
----	------	----