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

琴浦町長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	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		
	医療保険 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	〒689- 東伯郡琴浦町大字 電話番号　（　）			
		＊日中連絡先（携帯可）自宅に日中連絡がとれない場合のみ記入 氏名　続柄　電話番号　（　）			
	前回の要介護認定の結果等	＊要介護・要支援更新申請の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
			有効期限　年　月　日　から　年　月　日		
		＊14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。 （すでに認定結果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・いいえ 「はい」の場合、申請日　年　月　日		
	過去6か月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無（短期入所除く）	介護保険施設の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日	
	有・無	医療機関など・介護保険施設以外の名称・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日	

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号　（　）		
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、介護医療院）		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号　（　）		

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入（医療保険証のコピーを添付してください）

特定疾病名	

介護（予防）サービス計画を作成する等により必要があるときは、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、主治医意見書、琴浦町が提供を受け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、琴浦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示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行うことを含む。）ことに同意します。

あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行なわれる場合は申請から30日を越える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名

（代筆者）

認定調査連絡票

※新規申請者のみ

1. 本人の状況について

被保険者氏名					
ご家族の状況	□一人暮らし　□夫婦のみ　□家族同居				
現在の生活場所	□自　宅　（住民票の住所） □入院中　（退院予定　未定　　年　　月　　日頃）（転院予定　有　無　） □その他　（　　）				
利用中の 在宅サービス	□介護予防教室　□総合事業　□その他（　　） □医療サービス（　訪問リハビリ　訪問看護　その他　　） □特になし				
現在の様子	・体の様子（　□歩行可　□杖使用・つたい歩き　□車椅子　□寝たきり　） ・身の回りのこと（　□自分で可能　□見守り必要　□介助が必要　） ・物忘れや認知症状（　□ある　□少しある　□なし　） ・受け答え（　□できる　□できない　） ・その他（　　）				
申請理由	□　介護保険サービスを利用したい（本人のサービス利用意思　□有　□無　） □　主治医（病院）よりすすめられた □　その他（　　）				
希望のサービス	□訪問系サービス	□デイサービス	□通所リハビリ	□福祉用具貸与	□福祉用具購入
	□住宅改修	□施設入所	□グループホーム	□その他（　　）	

2. 認定調査について

調査の場所	□自宅（住民票の住所地）→ 調査員用の駐車スペース（ 有 ・ 無 ） □入院中の病院（ 病棟 ・病室　　階　　号室 ） □その他（　　）
調査の同席 （予定）	□有　氏名（　　）続柄（　　）電話（　　） □無
調査の日程調整 を行う連絡先	□本人　□上記の同席者 □その他　氏名（　　）続柄（　　）電話（　　）
調査の日程	※都合の悪い曜日・時間等があれば記入してください
調査に関して伝え ておきたいこと	（本人の状態、本人に未告知の病名、別室での聞き取りの必要等がありましたら記入してください）
結果通知の送付先	□被保険者自宅　□その他（希望される送付先の記入をお願いします） 氏名 住所

＊受診の際は、ご家族の方等の同行をお願いします。