

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  
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

三豊市長 様  
次のとおり申請します。

個人番号														
申請年月日	年			月			日							
申請者氏名	本人との関係													

提出代行者名	該当に〇 (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)											
申請者住所	〒											
	電話番号											

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要											
	医療保険被保険者証	保険者名	保険者番号										
		記号	番号	枝番									
	フリガナ						生年月日	性別					
	氏名	〒					電話番号						
	住所	〒											
	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	有効期間 から										
		*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。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください) <u>はい・いいえ</u> 「はい」の場合、申請日 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						
	有・無	医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						

主治医	医療機関名	主治医の氏名		
	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

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、三豊市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  
代理者氏名

# 要介護認定申請受付票

被保険者氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入
--------	------	---

### 調査対象者の状況

生活の状況	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖等につかまって歩く <input type="checkbox"/> 歩行できない 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 着替え <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 時々物忘れする <input type="checkbox"/> 物忘れが多い
主な疾患名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 定期受診中 (次回受診 月 日頃 科) <input type="checkbox"/> 定期受診なし <input type="checkbox"/> 入院・入所中
利用中の介護サービス (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
利用したいサービス (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項	
送付先変更の希望	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (「送付先変更届」の要作成)

### 認定調査について

調査の同席者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名 <sup>ふりがな</sup> 本人との関係 )						
	昼間連絡先						
調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (駐車場 有・無) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 病院 (退院予定日 月 日頃)						
	名称や住所						
	病院名・病棟	TEL					
調査日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望あり (希望に添えない場合もあります。)						
	本人や同席者の都合が悪い曜日に×やデイと記入してください	時間帯／曜日	月	火	水	木	金
		9:00~12:00					
13:00~15:30							
認定調査員に伝えたいこと							

### (受付担当者記入欄)

受付者	個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
申請者確認書類	1点のみで可	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2点確認必要	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険納入通知書 <input type="checkbox"/> 長寿手帳 <input type="checkbox"/> 包括・事業所の職員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )