

※必ず裏面もご覧ください

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

川島町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|-------------------|--|--|--|--|--------|--|-------------|----|-------|------|-----|---|---|--|--|--|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | | | | | |
| | 住所 | □□□-□□□□ | | | | | | | | | | 電話 | | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 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 | | ～ | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 の 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 | ～ | | | | |
| | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | | | | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | | | | |
| | 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | 期間 | 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) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 担当者名 | | | | | | | | 電話 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|---|---|---|--|--|
| 主 治 医 | ふりがな | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | |
| | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | 最終受診日 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 所在地 | □□□-□□□□ | | | | | | | | | | 電話 | | | | | |

第2号被保険者(40歳から64歳)の方のみ特定疾病名を記入し、医療保険証のコピーを添付してください。

| | |
|--------|--|
| 医療保険者名 | |
| 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川島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

(裏面)

太枠内のみご記入ください。

受付日 年 月 日

①ご家族は調査に立ち会えますか？(できる限りお立ち会いいただくようお願いします)

はい ・ いいえ

②家族等の連絡先

| | | | |
|-----------------------|--|--------|--|
| 氏名 | | 本人との関係 | |
| 電話番号 (常に連絡の取れる連絡先) | | | |
| 住所 (本人と別居の場合のみ) | | | |

③認定調査先の住所・電話番号 (自宅以外で調査する方はご記入ください)

| | |
|--------|--|
| 病院・施設名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

④その他 (調査の希望日時、要望事項などございましたらご記入ください)

| |
|--|
| |
| |
| |

*** 初めて申請される方は下記もご記入ください**

当てはまるものにチェック☑をしてください。

◎認定結果が出るまでにはおよそ1か月かかりますが、すぐに利用したい介護サービスはありますか。

はい (希望サービス) いいえ

- ◎ 歩行 自立 杖や何かにつかまり歩く 歩けない
- ◎ 外出 電車やバスで一人で出かける 近所なら一人ででかける
- 出かけるときは誰か付き添いが必要 出かけられない
- ◎ 排泄 自立 介助が必要だがトイレ利用 オムツ利用
- ◎ 認知症 ある ない

*** 「ある」を選んだ方 → どのような症状がありますか**

- ひどい物忘れ 外出して戻れない 入浴したまらない
- 目的もなくウロウロする 暴力・暴言 夜寝ない
- その他 ()

～メモ～

町記入欄

| | |
|-------|-------|
| | 認定調査員 |
| 健康福祉課 | |
| 居宅 | |
| 前回調査員 | |