

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
 要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

申請書

青森県上北郡おいらせ町長 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 | | | | | | | | | | | |
| | 医療 保 険 | 保険者名 | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 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 | 要支援状態区分 | | 1 | 2 | | |
| | | | | 有効期限 | | 平成・令和 | 年 | 月 | 日から | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | ※14日以前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。 はい・いいえ (既に認定結果通知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」の場合、申請日 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 | | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | 期間 | | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | | 介護保険施設等の名称等・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 |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | 期間 | | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| 有・無 | | | | | | 期間 | | | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| 申請者氏名 | | | | 本人との続柄 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、おいらせ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

おいらせ町要介護認定訪問調査連絡票

記入年月日： 年 月 日

| | |
|------------------------------------|--------------|
| 被保険者氏名： | (被保険者番号：) |
| 被保険者が現在いる場所：自宅・その他（ | ） |
| 調査時連絡者 ^{ふりがな} 氏名： | (被保険者との関係：) |
| 調査時連絡先電話（携帯）番号： (自宅・職場) 連絡希望時間： | |
| ◆連絡上の留意点 | |
| 申請後、本人が医療機関を受診する予定について： 月 日頃受診予定 | |

調査時の留意事項

| | | | | | | | |
|---|----------|---|-----|---------|---|---|---|
| ◆今回の申請について | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 新規申請（申請理由：) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 更新申請 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 区分変更申請（申請理由：) | | | | | | | |
| ◆その他特に注意して調査してほしいことを記入してください (被保険者の身体状況や認知の有無、問題行動などを記入ください) | | | | | | | |
| ◆現在受けているサービスの情報等 | | | | | | | |
| サービス名 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 訪問介護 | | | | | | | |
| 訪問看護 | | | | | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | |
| 通所介護 | | | | | | | |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | |
| 短期入所療養介護 | 月 日 ~ | | 月 日 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 月 日 ~ | | 月 日 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 月 回 | | | | | | |
| 福祉用具貸与 | 有()・無 | | | | | | |
| 福祉用具購入 | 有()・無 | | | | | | |
| 住宅改修 | 有(改修済：) | | | 改修予定：) | | | 無 |
| その他(配食・移送等) | | | | | | | |