

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

菊川市長 宛
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 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																		
		被保険者 記号・番号										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 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。 （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 ・ いいえ 「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										
有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地										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・介護老人保健施設・介護医療院）									
	住 所	〒 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																				

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

判定結果・意見、主治医意見書、菊川市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、菊川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、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場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

更新申請者用

※下記の記載事項は、調査員及び担当ケアマネジャー、主治医に情報提供させていただきます。
 ※更新申請の前に、かかりつけ医に主治医意見書を書いてくれるか確認してきてください。

フリガナ 被保険者氏名	男・女		生年月日	M. T. S 年 月 日
被保険者番号	住所	自治会	連絡先 TEL	

主治医意見書の医師確認	： 済 ・ 未（受診時に伝える ・ TELで確認する）			
問診票の提出	： 済 ・ 未（ 日頃提出予定）・不用			
通院中（病院名： ） 最近の受診状況 年 月 日（済・予定）	入院中（病院名： ） 入院日 年 月 日 退院予定日 年 月 日 今の状況			
介護が必要になった病気・けがの状況： 交通事故の場合は、その状況を記入ください				
前回の介護度： 要支援 要介護 （ ・ ・ ～ ・ ・ ）				
現在利用しているサービス 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション （ 回／月 ） 通所介護（デイサービス） 通所リハビリテーション（デイケア） （ 回／週 ） 短期入所（ショートステイ） （利用施設名 / ～ / ） 住宅改修（済・予定あり・未） 福祉用具貸与（ペット・ペット付属品・手すり・歩行器・杖 ） 6か月以内の福祉用具購入（ホ-ダブルトイレ・浴槽手すり・シャ-チア・浴槽台 ） 介護保険施設入所（利用施設名 ） その他（ ） 利用していない（今後利用したい ・ 今後も利用しない）				

調査時の立会い：氏名（ ） 続柄（夫 妻 子 ） TEL （ 時頃なら連絡可）	家族の立会いなし・一人暮らし・施設入所 ケアマネジャー立会い （ TEL ）
調査員へ伝えたいこと： 家族状況（実態）： 独居 ・ 同居（夫婦のみ） ・ 同居（その他） 認知症・物忘れ： あり・なし ※認知症の心配のある方は、かかりつけ医に伝えておいてください。 目の見え方： よい・悪い 耳の聞こえ： よい・悪い 会話： できる・できない	

※以下は、記入する必要はありません

調査員	市調査員（ ）委託先（ TEL ）
調査場所	自宅 地図番号 - - 施設・病院（ TEL ） 駐車場 あり・なし（ ）
調査日時	調整済（ / （ ） ）： ～ 調整未（ ）
申請受理者	