

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
介護予防・日常生活支援総合事業) 申請書
この件に関する連絡先 住所 氏名 TEL

信濃町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号																				個人番号																							
	フリガナ																			生年月日	明・大・昭	年	月	日																				
	氏名																			性別	男	・	女																					
	住所	〒 (集落名) 信濃町大字 電話番号																																										
険	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 年 月 日から 平成 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																												
		介護保険施設の名称等・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・指定介護療養型医療施設)																										印
	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

医療保険者名															医療保険被保険者証 記号番号											
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、チェックリスト、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、信濃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、認定調査に従事した調査員又は災害時の救助情報として必要時、関係機関に提示することに同意します。

本人氏名

相談におみえの方へ

ご本人の様子を教えてください。(以下のアンケートにご記入ください)

- 1 現在どこで生活されていますか。 [在宅 ・ 入院中 (退院予定日)]
- 2 杖などで5mくらい歩くことはできますか。 [はい ・ いいえ]
- 3 食事は自分で食べることができますか。 [はい ・ いいえ]
- 4 お風呂はひとりで入ることができますか。 [はい ・ いいえ]
- 5 トイレは自分でできますか。 [はい ・ いいえ]
- 6 認知症や物忘れで周囲の方が困ることが生じていますか。 [はい ・ いいえ]
- 7 困っていること、相談したいことがありましたらお書きください。

()

8 希望されるサービスに✓をしてください。

週に1回程度外出し、他者と交流をしたい (デイサービスなど)。

ヘルパーによる訪問支援を受けたい。

住宅に手すりをつけるなどの住宅改修をしたい。

ポータブルトイレなどの福祉用具を購入したい。

短期入所介護 (ショートステイ) を利用したい。

その他 ()