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

信濃町長様

この件に関する連絡先

住所:	
氏名:	連絡先:

次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号		申請年月日	年　月　日
	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		
	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　経過的要介護　要支援状態区分　1　2 有効期間　年　月　日から　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、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に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事に同意します。

本人氏名	

介護申請におみえの方へ

ご本人のお体のようすを教えてください。

1　現在どこで生活されていますか。　〔在宅　・　入院（入所）〕 〔退院日：　　〕 〔施設名：　　〕

2　杖などで歩くことはできますか。　〔　はい　・　いいえ　〕

3　食事は自分で食べられますか。　〔　はい　・　いいえ　〕

4　お風呂はひとりで入られていますか。〔　はい　・　いいえ　〕

5　トイレは自分でできますか。　〔　はい　・　いいえ　〕

6　認知症や物忘れで家庭生活で困ったことが生じていますか。〔　はい　・　いいえ　〕

7　特に困っていること、希望される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（　　）