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

上富田町長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | | |  | | | | | | | | | 番号 |  | | | | | | | | 枝番 | | | |  | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 性 別 | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒  　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の連絡先　　　立ち会い：する　　しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等 | | ※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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の介護保険施設、  医療期間等への入院、入所の  有無 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間 年 月 日～ 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） |
| 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 |  |

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、上富田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

町確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者証 | 資格者証 | 申請入力状況 | | 認定調査 | | 備考欄 |
|  |  | ソ　フ　ト | オンライン | 担　当 | 調査日 |  |
|  |  |  |  |

　　年　　月　　日

　　今回、申請に当たり状況をお伺いしますので、分かる範囲で記入又はお答え下さい。

対象者名　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者　　　　　　　　　続柄

1.・申請のきっかけは？　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・介護保険の申請は、本人の了解はとっていますか？　　　　　・はい　　・いいえ

・現病歴　①　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　③

* 初めて申請される方は、①～③までご記入下さい。

1. 希望しているサービスは？

・家事援助　　　　・身体介助　　　・デイサービスへの参加

・住宅改修　　　　・福祉用具購入　・リハビリ

1. 現在生活されている場所はどこですか？

・自　宅　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・入院中

　　　　　病院名

　　　　　疾病名

　　　　　入院日　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　退院日　　　　　　　年　　　月　　　日予定

　　③　今回の申請を誰かに進められましたか？（　　　　　　　　　　　　　　　）

* 要支援１または要支援２の方にお伺いします。現在心身の状況がどのように変わってきたか

詳しく記入してください。

1. 簡単な心身状況をお教え下さい。

※補助具があればできる場合、補助具名（杖、紙おむつ等（　　））に記入。

　歩　行　　　　・できる　　　　　・できない　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

食事の摂取　　・自分でできる　　・介助が必要　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

排　泄　　　　・自分でできる　　・介助が必要　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

入　浴　　　　・自分でできる　　・介助が必要　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

意思の疎通　　・問題ない　　　　・やや困難　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

ひどい物忘れ　・ない　　　　　　・ある　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 必ず連絡が取れる連絡先を記入下さい。

　　氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ありがとうございました。