# 介護保険 要支援認定・要介護認定 要支援更新認定・要介護更新認定 申請書

芳賀郡茂木町長
古口　達也　様

※太枠内を記入してください。
※申請者が被保険者本人の場合、申請者蘭は記入不要

**次のとおり申請します。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 申請年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 氏　名 | | 本人との関係 | |
| | 住　所 | 〒　　ー | 電話番号 | |
| | | | 連絡時電話番号 | |
| 提出代行者 | 名　称 | 該当に○　（地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）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）<br>印 | | |
| | 住　所 | 〒　　ー<br>電話番号 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | ふりがな | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| | 氏　名 | | 性　別 | |
| | 住　所 | | 電話番号 | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2 | | |
| | | 有効期間　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日 | | |
| | 過去6ヵ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 | 期間 | |
| | | 所在地 | 平成　年　月　日～<br>平成　年　月　日 | |
| | | 医療機関等の名称等 | 期間 | |
| | 有　・　無 | 所在地 | 平成　年　月　日～<br>平成　年　月　日 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医氏　名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒　　ー<br>電話番号 | | |

第2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 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
| 特定疾病名 | | | |

介護サービス計画の作成等の介護保険事業の適切な運用の為に必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、茂木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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 介護保険申請時確認事項

| | | |
|---|---|---|
| 申請理由 | ☐ 心身の状態悪化のため<br>（　　）<br>☐ 病院（主治医）から申請を勧められたため<br>☐ その他<br>（　　） | |
| 現在利用中サービス | ☐ 訪問介護　利用日：月・火・水・木・金・土・日　時間：　時～　時<br>事業所：<br>☐ 訪問看護　利用日：月・火・水・木・金・土・日　時間：　時～　時<br>事業所：<br>☐ 通所介護　利用日：月・火・水・木・金・土・日　事業所：<br>☐ 通所リハビリ　利用日：月・火・水・木・金・土・日　事業所：<br>☐ 短期入所　利用日：月・火・水・木・金・土・日　事業所：<br>☐ 福祉用具　品　目：<br>☐ その他 | |
| その他特記事項 | 現在の心身状況について | サービス利用希望の有無 |
| | 認知症状について | その他（調査時注意事項等） |
| 調査立会 | 調査立会希望<br>☐ 有<br>☐ 無<br><br>立会希望者の連絡先<br>住　　所<br>氏　　名<br>電　　話　（日中連絡可能な電話番号を記入） | |