

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 要介護更新認定・要支援更新認定

南宇和郡愛南町長 殿
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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				
	フリガナ				生年月日				() 歳							
	氏名				性別											
	住所				〒				電話番号							
前 回 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		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで													
			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													
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		「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 入 院 入 所 の 有 無 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									
	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・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2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正な運営のために必要があるときは、愛南町が取得した要介護認定又は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、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

認定調査連絡票

迅速・正確に訪問調査を行うために、できるだけ詳しくご記入いただきますようお願いいたします。
連絡先は、日中連絡がしやすい電話番号をご記入ください。

氏 名	
-----	--

家族の状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 子供夫婦と 人暮らし <input type="checkbox"/> その他				
調査場所	1 自宅					
	2 病院	病院名	病棟	階	号室	
	1~4のどれかに○をつけてください。	3 施設	入院日	年 月 日	退院予定日	年 月 日
		4 その他	施設名			
		住所	氏名			
		電話番号				

立ち会い・調査希望日 <small>都合の悪い所に×を記入してください。</small>						家族等の立ち会い		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	月	火	水	木	金	フリガナ			
						家族等の氏名		本人との関係	
午前						家族等の住所			
午後						日中の連絡先		電話番号／携帯／勤務先等(連絡に都合のよい時間帯)	

認定結果通知書・被保険者証 送付先住所 <small>(住民票の所在地以外に送付希望がある場合のみ。)</small>		送付先住所	〒
		送付先氏名	

現在の介護サービス利用状況について○をつけてください。			
1 利用していない			
2 訪問介護	月 火 水 木 金 土 日	6 デイケア	月 火 水 木 金 土 日
3 訪問入浴介護	月 火 水 木 金 土 日	7 ショートステイ	月 日 ~ 月 日
4 訪問看護	月 火 水 木 金 土 日	8 小規模多機能	通い・泊まり
5 デイサービス	月 火 水 木 金 土 日	9 福祉用具貸与	

備 考	難聴 (有・無) 物忘れ (有・無) 定期的な通院 (有・無)
訪問調査を実施するにあたっての留意事項、事前に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。	

※後日、愛南町高齢者支援課の調査員より、調査日時等のご連絡をさせていただきます。
こちらからの着信番号は **0895-73-7125** となりますのでよろしくお願いいたします。