

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  
 要介護区分変更認定・要支援区分変更認定

申請書

門川町長 様  
 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		0 0 0 0 0					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							
	フリガナ							生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日			男 ・ 女		
	氏名													
	住所		〒889-06 門川町					電話番号						
	変更申請の理由 ※変更申請の場合のみ 記入													
	前回の要介護・要 支援認定の結果等 ※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		要介護 1 2 3 4 5					経過的要介護		要支援 1 2				
		有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日												
過去6ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等の 入院・入所の有無 (短期入所を除く)		有 ・ 無	入院・入所施設名											
			期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日											

申 請 者	申請者氏名	フリガナ)	本人との関係	
	申請者住所	〒	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)		

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、門川町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、門川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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

■訪問調査について家族の同席は必要ですか？（ ）に○を付けてください。

( ) 必要

( ) 不要（ご本人で対応できる場合、入所等されていて職員の対応が良いという場合など）

■対応していただく方

お名前	フリガナ		本人との関係（続柄）
電話 連絡先	自宅 勤務先	↓ 自宅以外の場合（勤務先等） 〔名称： 〕	
連絡可能時間帯 （平日 8:30～17:15）		（ ） ←後日、家族等から連絡する場合は○してください	

■現在の状況〈該当する番号を○でかこみ、必要事項を記入してください。〉

（調査場所）

1. 在宅	
2. 認知症高齢者グループホーム 入居中	名称：
3. 介護老人福祉施設 入所中	名称：
4. 介護老人保健施設 入所中	名称：
5. 介護療養型医療施設 入院中	名称：
6. 一般医療機関（病院・医院） 入院中	名称：
7. その他（その他の施設等入所中）	名称：

■在宅の場合〈該当する番号と曜日を○でかこみ、必要事項を記入してください〉

1. 介護保険サービス利用中

利用中のサービス	利用日
	毎週 月・火・水・木・金・土・日
	毎週 月・火・水・木・金・土・日
	毎週 月・火・水・木・金・土・日

2. 介護保険サービス利用なし

■新規申請の場合、現在の状況をお書きください（身体状況、介護状況、希望するサービス等）