要介護認定・要支援認定

申請書

介護保険

様式第１０号（第１５条関係）

要介護更新認定・要支援更新認定

（あて先）本庄市長

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 |  |
| 被保険者記号・番号 | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |  年 月 日 |
| 氏 名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 〒 　　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　　要支援状態区分　１　２ |
| 有効期間　　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで |
| \*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | 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。 はい・いいえ　（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」の場合、申請日　　 　　年　 　月 　　日 |
| 過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無 | 名称等・所在地 | 期間　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 名称等・所在地 | 期間　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 名称等・所在地 | 期間　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 有・無 | 名称等・所在地 | 期間　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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・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歳までの医療保険加入者）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・要支援認定に係る調査内容、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、本庄市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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者名**（介護保険を利用される方） |  | **調査への****立会希望** | あり　・　なし |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **認定調査の場所** |
| □本人宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□入院・入所している医療機関・施設　　　名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　調査員が車を駐車できるスペースがありますか？住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　あり　・　なし |
| **認定調査の連絡先** |  |
| **認定調査の調整や立会いができる方**平日（月～金）の日中に連絡が取れる電話番号をご記入してください。 | フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| **氏名** |  | 電話番号 | 自宅 | 　　　ー　　　ー |
| 携帯FAX | 等 | 　　ー　　　ー　　　　 |
| **認定調査希望日時**　□特になし□あり　　月　・　火　・　水　・　木　・　金　　　調査を希望する時間帯　ＡＭ　・　ＰＭ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 立会者が上記と異なる場合 | フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 氏名 |  |

※調査は原則9:00～16:00の間で開始させていただき、1時間ほどお時間をいただきます。 |

|  |
| --- |
| **調査に際して連絡事項** |
| □新規申請 | □介護申請 | □変更申請（　悪化・改善　） | □更新申請 |
| 主な病名 |
| 耳の聞こえづらさ　　□なし　□あり　　　筆談が　　　必要　・　不要 |
| 申請理由　　該当するものを全て選択してください。 |
| □身体機能の（　低下　・　改善　）□認知機能の（　低下　・　改善　）□医師等から勧められた□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **主治医意見書の作成について、医師に確認しましたか？** |
| □確認し、了承を得た（　　月　　日頃）　□確認していない※医師の了承を得ていないと、意見書を書いていただけない場合がございます。 |
| **利用したいサービス等がありますか？** |
| □家で使うサービス　□デイサービス等　□施設等への入所　□住宅改修　□福祉用具購入・レンタル　□暫定ケアプランを使用する（　　月　　日から）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **調査員に伝えておきたいことはありますか？** |
| □癌末期である　□病名を本人に伝えていないので配慮してほしい　□認知症があるため別の場所で聞いてほしい　□筆談の用意が必要 |

|  |
| --- |
| ★　以下については記入不要です。 |
| 居宅介護支援事業所名又は地域包括支援センター名 |  |
| 担当ケアマネジャー名 |  | 連絡先ＴＥＬ |  |