様式第５号（第７条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

（　新規　・　更新　・　区分変更　）

幕 別 町 長 　様

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  　保  険  者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  | 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | |
| 性 別 | | | 男 　・ 　 女 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒０８９－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 幕別町 | | | | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 経過的要介護　 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・所在地 | | | | | | | | | | | | 平成　　 年　 　 月　 　 日  期 間 　　　　 ～  平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | 平成　　 年　 　 月　 　 日  期 間 　　　　 ～  平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 |
|
| 区分変更申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所 在 地 | 〒  電話 | | |

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

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

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見書を、幕別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

1. **必要時家族等に連絡することがありますので、連絡先をお知らせください。**

家族等の連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 日中（平日９時～１７時３０分）の連絡先 |
| フリガナ |  | 自宅　　　　　　－　　　　　－  勤務先　　　　　－　　　　　－  携帯　　　　　　－　　　　　－ |

1. **訪問調査時、家族等の方が立ち会うことを希望しますか。**

＜　はい　・　いいえ　＞

立ち会う方（調査の日時の打ち合わせのため連絡いたします。）

＜　その他　・上記と同じ　＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 日中（平日９時～１７時３０分）の連絡先 |
| フリガナ |  | 自宅　　　　　　－　　　　　－  勤務先　　　　　－　　　　　－  携帯　　　　　　－　　　　　－ |

1. **現在、介護（予防）サービスを利用していますか。**

＜　はい　・　いいえ　＞

　　　　　　　　　担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）をご記入ください。

\*不明であれば空欄でかまいません。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 氏名 |
|  |  |

H29.2