

町記載欄 調査日	町記載欄 調査員
-------------	-------------

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・転入継続）

幕別町長様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 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		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									
	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										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									
	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・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					

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																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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 _____

※本人が手書きできない場合は、記名押印してください。

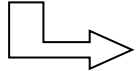
1. 必要時、家族等に連絡することがありますので、連絡先を教えてください。

家族の連絡先

フリガナ		続柄	日中（平日9時～17時）の連絡先
氏名			自宅
			勤務先
住所	町内 ・ 町外 （市町村）		携帯

2. 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（調査日の日時の打合せのため連絡いたします）

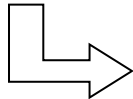
〔 ・ 上記と同じ
・ その他 〕



フリガナ		続柄	日中（平日9時～17時）の連絡先
氏名			自宅
			勤務先
住所	町内 ・ 町外 （市町村）		携帯

3. 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もかまいません。

事業所名	氏名

< 65歳未満方が申請する場合の特定疾病名 >

～「特定疾病」は、加齢に伴って生じた場合に限定されます。外傷性による場合（交通事故など）は対象となりません。

- | | | |
|---|--------------|-------------|
| 1 筋萎縮性側索硬化症 | 2 後縦靭帯骨化症 | 3 骨折を伴う骨粗鬆症 |
| 4 多系統萎縮症 | 5 初老期における認知症 | 6 脊髄小脳変性症 |
| 7 脊柱管狭窄症 | 8 早老症 | 9 関節リウマチ |
| 10 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | 11 脳血管疾患 | 12 慢性閉塞性肺疾患 |
| | | 13 閉塞性動脈硬化症 |
| 14 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病関連疾患 | | |
| 15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | | |
| 16 がん（医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限り） | | |