

介護保険【要介護(支援)認定・要介護(支援)更新認定・要介護(支援)区分変更認定】申請書

《 □認定申請 □更新 □区分変更 》

(あて先) 大阪狭山市長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号												申請年月日		年 月 日		
	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		明・大・昭 年 月 日		
	氏名												性別		男・女		
	住所 (住民票上の住所)		〒 - □大阪狭山市										電話番号		( )		
	前回又は現在の要介護認定の結果等 *更新認定又は区分変更認定の場合のみ記入してください。		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		年 月 日 から 年 月 日まで		
	変更申請の理由																

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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) [代行業者番号 No. ]			
申請者住所	〒		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、大阪狭山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も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に提示することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

※ 裏面も記入してください

【認定調査について】

◎本人（調査を受ける方）

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

◎連絡者（日程調整を行う方）

氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係) \_\_\_\_\_ (事業所名) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

1. 認定調査の日時について、希望はありますか。

(1) 特になし。

(2) 曜日の希望がある。 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日

(3) 時間の希望がある。 午前・午後

2. 認定調査時に、介護されているかたやご家族等で、どなたが同席されますか。

(1) 同席者氏名 ( ) 本人との関係 ( )

(2) 同席者なし。

3. 認定調査は現在生活されている場所で行います。調査場所はどちらですか。

(1) 現住所 ※住民票上の住所と異なる場合は「(3) その他」へ記載してください。

(2) 入院・入所先 (名称・住所 \_\_\_\_\_)

(3) その他 (住所 \_\_\_\_\_)

4. 本人(調査を受ける方)の意思を調査員に伝えるために、手話通訳や筆談などが必要ですか。

(1) 必要 ( 手話通訳者 ・ 筆談 ・ その他 [ ] )

(2) 必要ない

5. 要介護認定申請（区分変更・区分の見直し）に至った経緯や、現在の心身の状況、認定調査での留意点をご記入ください。

受診状況	受診頻度 ( 日ごとに受診・時々・今回が初診・入院/入所中) 次回診療予約 ( 月 日 ・ 未定 )
サービス利用の意向	<input type="checkbox"/> どのようなサービスを利用するか検討中。 <input type="checkbox"/> 既に地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談している。 <input type="checkbox"/> 施設への入所を検討している。
【要介護認定申請に至った経緯や現在の生活状況など】	