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）申請書

柴田町長　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	7	0	0							個人番号													
	医療保険 保険者名											保険者番号													
	医療保険 被保険者証	記号										番号									枝番				
	ﾌﾘｶﾞﾅ											生年月日	大・昭　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																						
			有効期限　平成・令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日																						
		※ 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。 （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　・　いいえ 「はい」の場合、申請日　令和　　年　　月　　日																						
	過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間　年　月　日～　年　月　日													
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間　年　月　日～　年　月　日													
	有　・　無	医療機関等の名称等・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													

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、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		

第二号被保険者（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、及び主治医意見書を、柴田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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【町確認欄】※下記は記入しないでください。　　確認日　令和　　年　　月　　日　確認者サイン（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td colspan="2">□本人申請</td><td rowspan="2">番号確認書類未提出
□職権による調査了解
□提出拒否
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">□代理人申請
□委任状　□戸籍謄抄本　□介護保険被保険者証
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>番号確認</td><td colspan="3">□個人番号カード　□番号通知カード　□住民票等　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者の身元確認</td><td>1点有効</td><td colspan="2">□運転免許証　□パスポート　□障害者手帳　□介護支援専門員証
□写真付き社員証　□写真付き身分証明書（種類など　　）
□その他（　　）
記号・番号</td></tr>
<tr><td>2点有効</td><td colspan="2">□健康保険証　□年金手帳　□社員証　□学生証　□介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証
□身分証明書　□領収書　□住民票　□納税証明　□母子健康手帳
□その他（　　）
記号・番号</td></tr>
<tr><td colspan="3">※代理人の氏名等
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日S・H　年　月　日
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

状　況　調　書　介護保険認定申請時に提出してください。

1）ご本人についてお伺いします。

対象者 氏 名		男 女	生年月日 年齢	大・昭 年　月　日（　　歳）

2）ご本人の身体状況等について、該当する番号に○をつけてください。

病名等	1．脳血管疾患　2．高血圧症　3．心臓病　4．骨折　5．関節リウマチ 6．喘息　7．腎臓病（人工透析）　8．認知症　9．骨そしょう症　10．糖尿病 11．老衰　12．全盲・弱視　13．難聴　14．言葉不自由　15．がん（　　） 16．その他（　　）
歩　行	1．自分で歩くことができる　2．杖や歩行器を使用して歩く 3．車イスを使用する　4．歩けない
排　泄	1．自分でできる　2．介助が必要（パット・紙パンツ・紙おむつ・トイレ・ポータブルトイレ・カテーテル）
記憶力	1．普通　2．やや忘れやすい　3．すぐ忘れる
意思疎通	1．普通　2．やや悪い　3．悪い
その他	

3）ご本人は現在ご自宅で生活されていますか？　1．はい　2．いいえ

いいえの場合→入院中・入所中・その他（場所：　　病棟　　）

4）ご本人が利用中のサービスはありますか？

1．デイサービス・デイケア　（曜日　　）	2．訪問介護（曜日　　）
3．訪問看護　（曜日　　）	4．訪問入浴（曜日　　）
5．ショートステイ　（棚預　／　～　／　）	6．その他（春風・　　）

5）認定調査時に立ち会っていただく方（ご本人の状態をよくご存知の方）についてご記入ください。※後日、調査員が立会人の方に訪問日程調整の電話をいたします。

調査時立会人	住 所			
	ふりがな 氏 名		本人との続　柄	
	電 話		携帯電話	

6）調査日についてご希望がありましたら、月曜日～金曜日で９時～１５時の時間でご記入ください。（ただし、必ずしもご希望に添えないこともあります。ご了承ください。）

調査の希望日	①	②	③

町記入欄

家族調査立会　有　・　無
家族への連絡　有　・　無